

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY A.T DENGAN ABORTUS DI RUANGAN FLAMBOYAN RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan  
Pada Program Studi D-III Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**NAMA : ELISABETH WILHELMINA F. LAMURY  
NIM : PO. 530320116296**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

NAMA : ELISABETH WILHELMINA F. LAMURI  
NIM : PO. 530320116296  
PROGRAM STUDI : D-III KEPERAWATAN  
INSTITUSI : POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah merupakan benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau pembuatan tersebut.

Kupang, 13 Juni 2019

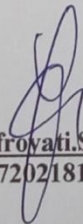
**Pembuat Pernyataan**



**Elisabeth W. F. Lamury**  
**NIM : PO.530320116296**

**Mengetahui**

**Pembimbing**



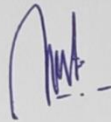
**Yuliana Dafroyati, S.Kep.,Ns.,MSc**  
**NIP. 197202181997032001**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Elisabeth Wilhelmina F. Lamury NIM PO.530320116296  
Dengan Judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A.T DENGAN ABORTUS DI  
RUANGAN FLAMBOYAN RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG

Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

**Disusun Oleh :**



**Elisabeth Wilhelmina F. Lamury**  
NIM : PO. 530320116296

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Didepan Dewan Penguji  
Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal, 12 Juni 2019

**Pembimbing**



**Yuliana Dafrovi.,S.Kep.,Ns.,MSc**  
NIP. 197202181997032001

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A.T DENGAN ABORTUS DI RUANGAN  
FLAMBOYAN RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

**Disusun Oleh :**

**Elisabeth Wilhelmina F. Lamury**  
**NIM : PO. 530320116296**

**Telah Diuji Pada Tanggal, 14 Juni 2019**

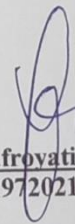
**Dewan Penguji**

**Penguji I**



**Natalia Debi Subani S.Kep.M.Kes**  
**NIP. 198012252002122002**

**Penguji II**



**Yuliana Dafrovati.,S.Kep.,Ns.,MSc**  
**NIP. 197202181997032001**

**Mengesahkan**

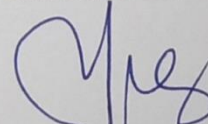
**Ketua Jurusan Keperawatan**



**Dr. Florentianus Tat.,SKp.,M.Kes**  
**NIP: 196911281993031005**

**Mengetahui**

**Ketua Prodi D-III Keperawatan**



**Margaretha Teli.,S.Kep.,Ns.,MSc-PH**  
**NIP: 19770727202000032002**

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Elisabeth Wilhelmina F. Lamuri  
Tempat/Tanggal Lahir : Larantuka, 07 November 1997  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Liliba  
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat TKK Laetitia Larantuka Tahun 2004  
2. Tamat SD IV Larantuka Tahun 2009  
3. Tamat SMP Mater Inviolata Tahun 2012  
4. Tamat SMAN 1 Larantuka Tahun 2015  
5. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian  
Kesehatan Kupang

## **MOTTO**

**“ MAJULAH TANPA MENYINGKIRKAN, NAIKLAH TANPA  
MENJATUHKAN JADILAH BAIK TANPA MENJELEKKAN ORANG LAIN”**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan laporan karya tulis ilmiah ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A.T DENGAN ABORTUS DI RUANGAN FLAMBOYAN RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG”.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Yuliana Dafroyati, S.Kep.,Ns.,MSc selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam membimbing penulis sehingga Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Natalia Debi Subani, S.Kep.,M.Kes selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Laporan Karya Tulis Ilmiah.
3. Ragu Harming Kristina,SKM.,M.,Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
4. Dr. Florentianus Tat.,SKp.,M.,Kess selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes.
5. Margaretha Teli, S.Kep,Ns.,MSc-PHselaku Ketua prodi D-III jurusan Keperawatan.
6. Elisabeth Herwanti,SKp.,M.,Kess selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
7. Dosen Keperawatan Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan semua karyawan/i yang telah banyak membantu selama kuliah.
8. Pihak Rumah Sakit RSUD Prof. W.Z. Yohannes Kupang di ruangan Flamboyan yang

telah mengizinkan untuk melakukan studi kasus selama 4 hari.

9. Ny.A.T yang bersedia menjadi pasien dalam Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Orang Tua dan Saudara/I yang turut mendukung saya baik dalam dukungan materi, tenaga dan juga dukungan doa.
11. Sahabat KB (Maya,Aty,Anita,Yheni) dan Nandi Ibrahim yang selalu dan senantiasa membantu dan mendukung saya dalam menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman-teman Mes Que Un Classe(Ramon, Ezar, Musa, Leo, Rivaldi, Narto ) dan teman-teman seperjuangan angkatan 25, terkhususnya teman-teman praktek di ruangan Flamboyan ( Hana Samenel dan Debora Nyale), serta penyemangat yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang telah banyak membantu peneliti dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, Juni 2019

Penulis

## **ABSTRAK**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A.T DENGAN ABORTUS DI RUANGAN FLAMBOYAN RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

Nama : Elisabeth Wilhelmina F. Lamuri  
NIM : PO. 530320116296

Angka Kematian Ibu di seluruh dunia diperkirakan 13% kematian, diakibatkan oleh abortus. Diperkirakan 10% dari seluruh wanita mengalami abortus yang tidak aman yang memerlukan pelayanan medis akibat komplikasi. Hampir 80.000 wanita meninggal tiap tahun akibat abortus.

Tujuan Karya Tulis Ilmiah ini untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan menggunakan metode pendekatan mulai dari pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan.

Hasil karya tulis ilmiah ini pada Ny.A.T selama 2 hari telah dilakukan secara baik dengan menggunakan metode pendekatan proses asuhan keperawatan, namun ditemukan berbagai kesenjangan diantaranya pada tahapan diagnosa keperawatan dalam teori terdapat 3 diagnosa yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh akibat perdarahan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, namun pada fakta lapangan terdapat 2 diagnosa keperawatan temuan baru yaitu perubahan eliminasi berhubungan dengan konstipasi dan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina.

Kesimpulannya bahwa dalam pemberian asuhan keperawatan pasien dengan abortus tidak selamanya diagnosa keperawatan yang ditemukan sesuai dengan teori, namun bisa ditegakan diagnosa keperawatan baru sesuai dengan data dukung yang ditemukan pada saat pengkajian, pada perencanaan keperawatan disesuaikan dengan teori dan padapelaksanaan disesuaikan dengan situasi dan kondisi pada Ny.A.T di Ruang Flamboyan RSUD.PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG

*Kata kunci : Karya Tulis Ilmiah, Asuhan Keperawatan Abortus*



## DAFTAR ISI

### Judul Halaman

Judul Halaman.....	-
Pernyataan Keaslian Karya Tulis Ilmiah.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Biodata Penulis.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Lampiran.....	vii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. LatarBelakang.....	1
1.2. TujuanKarya Tulis Ilmiah.....	3
1.3. ManfaatKarya Tulis Ilmiah.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 KONSEP ABORTUS.....	5
2.1.1 Pengertian.....	5
2.1.2 Macam-macam Abortus.....	5
2.1.3 Etiologi.....	8
2.1.4 Patofisiologi.....	9
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	9
2.1.6 Pencegahan.....	10
2.1.7 Faktor Psikososial Abortus.....	10
2.1.8 Komplikasi.....	12
2.1.9 Pemeriksaan.....	13
2.1.10 Tata Laksana Umum.....	13
2.2. ASUHAN KEPERAWATAN ABORTUS.....	18
2.2.1 Pengkajian.....	18

2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	20
2.2.3. Intervensi Keperawatan.....	20
2.2.4 Implemnetasi Keperawatan.....	24
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	25
<b>BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>26</b>
3.1.HASIL STUDI KASUS.....	26
3.1.1. Pengkajian .....	26
3.1.2. Diagnosa Keperawatan.....	28
3.1.3. Rencana Keperawatan.....	30
3.1.4. Implementasi Keperawatan.....	32
3.1.5. Evaluasi Keperawatan.....	35
3.2. PEMBAHASAN.....	37
3.2.1. Pengkajian.....	37
3.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	37
3.2.3. Intervensi Keperawatan.....	39
3.3.4. Implementasi Keperawatan.....	42
3.3.5. Evaluasi Keperawatan.....	44
3.3. KETERBATASAN PENELITIAN.....	46
3.3.1. Persiapan.....	46
3.3.2. Hasil.....	46
<b>BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>47</b>
4.1. Kesimpulan.....	47
4.2. Saran.....	50
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>51</b>
<b>Lampiran.....</b>	<b>52</b>

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Format Asuhan Keperawatan

Lampiran 2. Jadwal Kegiatan

Lampiran 3. Lembar Konsul

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1.Latar Belakang**

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. WHO IMPAC menetapkan batas usia kehamilan kurang dari 22 minggu, namun beberapa acuan terbaru menetapkan batas usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (WHO,2013).

Menurut *World Health Organization (WHO)* bahwa abortus termasuk dalam masalah kesehatan reproduksi yang perlu mendapatkan perhatian dan merupakan penyebab penderitaan wanita di seluruh dunia.”Masalah abortus menjadi suatu pokok perhatian dalam kesehatan masyarakat karena pengaruhnya terhadap morbiditas dan mortalitas maternal” (Sarwono, 2014).

Angka Kematian Ibu di seluruh dunia diperkirakan 13% kematian, diakibatkan oleh abortus. Diperkirakan 10% dari seluruh wanita mengalami abortus yang tidak aman yang memerlukan pelayanan medis akibat komplikasi. Hampir 80.000 wanita meninggal tiap tahun akibat abortus. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah abortus inkomplit, sepsis, hemoragi, dan cedera intra abdomen (WHO, 2012). Menurut Riskesdas 2017, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia per 100.000 kelahiran hidup periode 1991 – 2015, pada tahun 1991 sebanyak 390, 1997 sebanyak 334, 2002 sebanyak 307, 2007 sebanyak 228, 2012 sebanyak 359 dan 2015 sebanyak 305. AKI juga turun dari 4.999 kasus menjadi 4912 di tahun 2016 dan di tahun 2017 (semester I) sebanyak 1712 kasus (Kemenkes, 2017).

Saat ini, data yang komprehensif tentang kejadian abortus di Indonesia belum ada. Berbagai data yang diungkapkan adalah berdasarkan survei dengan cakupan yang relatif terbatas. Diperkirakan tingkat abortus di Indonesia adalah sekitar 2 sampai dengan 2,6 juta kasus per tahun, atau 43 abortus untuk setiap 100 kehamilan. Diperkirakan pula bahwa 30% di antara abortus tersebut

dilakukan oleh penduduk usia 15-24 tahun. Data SDKI yang mencakup perempuan kawin usia 15-49 tahun menemukan bahwa tingkat abortus pada tahun 1997 diperkirakan 12% dari seluruh kehamilan yang terjadi.

Angka tersebut tidak jauh berbeda dengan hasil analisa data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2008-2009 Abortus yang tidak aman diperkirakan bertanggung jawab terhadap 11% kematian ibu di Indonesia (rata-rata dunia 13%). Kematian tersebut sebenarnya dapat dicegah jika perempuan mempunyai akses terhadap informasi dan pelayanan kontrasepsi serta akses yang baik terhadap perawatan komplikasi abortus. Data dari SDKI 2002–2003 menunjukkan bahwa sekitar 7,2% kelahiran yang terjadi tidak diinginkan (Titik,dkk, 2010).

Berdasarkan data yang didapat di RSUD Prof Dr W Z Johannes Kupang, pada tahun 2018 jumlah penderita abortus yang ada di Ruang Flamboyan mencapai 48 orang, kemudian pada bulan Januari sampai dengan bulan April tahun 2019 jumlahnya mencapai 6 orang.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wulandari Sri yaitu 12,1% remaja memiliki perilaku seksual berisiko terjadi Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD). Faktor-faktor yang secara signifikan mempengaruhi perilaku seksual pranikah pada remaja adalah religiusitas, sikap terhadap seksualitas, akses dan kontak dengan media informasi, sikap teman dekat serta perilaku seksual pranikah teman dekat. Hal ini disebabkan karena adanya dorongan langsung maupun tidak langsung dari teman dekat untuk melakukan hubungan seks pranikah menyebabkan seseorang menjadi bersikap permisif dan memungkinkan untuk melakukannya (Wulandari Sri, 2016)

## **1.2. Tujuan Karya Tulis Ilmiah**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Mengetahui asuhan keperawatan pada pasien Ny A.T dengan masalah abortus di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

1. Melakukan proses pengkajian keperawatan pada Ny.A.T dengan masalah abortus di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.
2. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny.A.T dengan masalah abortus di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.
3. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny.A.T dengan masalah abortus di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.
4. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.A.T dengan masalah abortus di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.A.T dengan masalah abortus di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.

## **1.3. Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

### **1.3.1. Bagi Penulis**

Sebagai sarana dan alat untuk menambah pengalaman khususnya dibidang keperawatan maternitas pada ibu dengan masalah abortus.

### **1.3.2. Bagi Institusi**

Sebagai bahan masukan atau pertimbangan bagi rekan-rekan mahasiswa keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan masalah abortus.

### **1.3.3. Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya keperawatan maternitas pada ibu dengan masalah abortus.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. KONSEP ABORTUS**

##### **2.1.1. Pengertian**

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. WHO IMPAC menetapkan batas usia kehamilan kurang dari 22 minggu, namun beberapa acuan terbaru menetapkan batas usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (WHO,2013).

Keguguran atau disebut juga abotus spontan adalah pengeluaran yang spontan dari embrio atau janin dari rahim sebelum ia bisa hidup di luar rahim. (Heidi,Arlene, Sandee,2006).

Abortus atau keguguran didefinisikan sebagai hilangnya kehamilan sebelum tercapai viabilitas janin (22 minggu gestasi)(Devi Yulianti,2005).

Abortus adalah kejadian produk konsepsi yang keluar sebelum usia kehamilan 20 minggu. Abortus spontan adalah abortus yang terjadi secara spontan tanpa ada unsur kesengajaan. Abortus disengaja adalah abortus yang terjadi karena tindakan yang sengaja dilakukan untuk mengakhiri kehamilan sebelum usia 20 minggu diinginkan (Titik,dkk, 2010).

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi (pertemuan sel telur dan sel sperma) pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram, sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Ini adalah suatu proses pengakhiran hidup dari janin sebelum diberi kesempatan untuk tumbuh. (Nugroho Taufan, 2011).

##### **2.1.2. Macam-macam Abortus**

###### **1. Abortus spontan**

Abortus spontan dapat terjadi pada trimester pertama kehamilan yang meliputi 85% dari kejadian abortus dan cenderung disebabkan oleh faktor-faktor fetal. Sementara abortus spontan yang terjadi pada trimester kedua lebih cenderung disebabkan oleh faktor-faktor maternal termasuk



inkompetensia serviks, anomali kavum uterus yang konginetal atau di dapat, hipotiroid, diabetes melitus, nefritis kronik, infeksi akut oleh penggunaan kokain, gangguan imunologi, dan gangguan psikologis tertentu.

Jenis-jenis abortus spontan meliputi :

a. Abortus iminen (kehamilan dapat berlanjut)

Dicurigai bila terdapat keluarnya darah dari vagina, atau perdarahan pervaginam pada trimester pertama kehamilan, dapat atau tanpa disertai rasa mules ringan, sama dengan pada waktu menstruasi atau nyeri pinggang bawah. Perdarahan pada abortus imminens seringkali hanya sedikit, namun hal tersebut berlangsung beberapa hari atau minggu, pemeriksaan vagina pada kelainan ini memperlihatkan tidak adanya pembukaan serviks. Sementara pemeriksaan dengan *real time ultrasound* pada panggul menunjukkan ukuran kantong amnion normal, jantung janin berdenyut, dan kantong amnion kosong, serviks tertutup, dan masih terdapat janin utuh.

b. Abortus insipien (kehamilan tidak berlanjut dan diikuti dengan abortus inkomplet/komplet)

Merupakan suatu abortus yang sedang mengancam, ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, ditandai nyeri perut bagian bawah atau nyeri kolik uterus yang hebat. Pada pemeriksaan vagina memperlihatkan dilatasi serviks dengan bagian kantong konsepsi menonjol. Hasil pemeriksaan USG mungkin di dapatkan jantung janin masih berdenyut, kantong gestasi kosong (5-6,5 minggu), uterus kosong (3-5 minggu) atau perdarahan subkhorionik banyak di bagian bawah.

c. Abortus inkomplet (hasil konsepsi keluar sebagian)

Sebagian dari buah kehamilan telah dilahirkan tapi sebagian (biasanya jaringan plasenta) masih tertinggal di dalam rahim. Pada abortus ini pengeluaran sebagian janin pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan

vaginal, servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum. Pendarahan tidak akan berhenti sebelum sisa janin dikeluarkan, dapat menyebabkan syok.

d. Abortus komplet (hasil konsepsi keluar seluruhnya)

berarti bahwa seluruh produk konsepsi embrio janin, plasenta dan selaput ketuban dikeluarkan, perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup dan uterus sudah banyak mengecil. Kondisi ini cenderung terjadi pada usia delapan minggu pertama kehamilan.

e. Abortus habitual atau berulang

Seorang wanita telah mengalami tiga kali atau lebih kehamilan berturut-turut yang diakhiri dengan abortus spontan. Kondisi ini dapat disebabkan inkompeten serviks, atau penyakit umum atau panggul.

f. *Missed abortion*

Menggambarkan suatu kehamilan dengan janin yang telah mati tetapi jaringan janin dan plasenta tertahan di dalam uterus. Nyeri abdomen dan perdarahan per vagina akan berhenti dan tanda kehamilan akan hilang. Wanita dapat mengeluarkan rabas vagina berwarna coklat. Jika selama lebih dari 6-8 minggu, terdapat resiko gangguan koagulasi pada wanita yang akan menyebabkan perdarahan serius.

2. Abortus diinduksikan

terjadi akibat campur tangan yang bersifat medis, bedah, atau akibat penggunaan sediaan herbal atau praktik tradisionallain yang menyebabkan uterus mengeluarkan isinya atau mengeluarkan sebagian isinya.

3. Abortus tidak aman

Didefinisikan sebagai prosedur yang dilakukan oleh individu yang kurang terampil atau dilakukan ditempat yang tidak memiliki standar medis minimal atau keduanya.

4. Abortus septik

Dapat terjadi setelah tindakan abortus apapun tetapi lebih sering terjadi setelah abortus ilegal dan abortus inkomplet. Infeksi akan terjadi pertama

kali pada uterus tetapi akan menyebar dengan cepat ke tubafalopi, organ panggul, dan peritoneum, serta akan menyebabkan septikemia jika tidak dengan cepat di tangani. Akan terjadi demam, denyut nadi cepat, sakit kepala, nyeri abdomen bawah, dan lokea yang banyak serta berbau tidak sedap yang menyebabkan syok sepsis jika tidak ditangani dengan cepat dan efektif.

### **2.1.3. Etiologi**

Menurut Nugroho Taufan (2011) hal yang dapat menyebabkan abortus dapat dibagi menjadi :

1. Infeksi
  - a. Infeksi akut virus, misalnya : cacar, rubella, hepatitis.
  - b. Infeksi bakteri, misalnya : streptokokus.
  - c. Parasit, misalnya : malaria.
  - d. Infeksi kronis, sifilis, biasanya menyebabkan abortus pada trimester kedua, tuberkulosis paru aktif, pneumonia.
2. Keracunan, misalnya : keracunan tembaga, timah, air raksa, dll.
3. Penyakit kronis, misalnya : hipertensi nephritis, diabetes, anemia berat, penyakit jantung, toxemia gravidarum
4. Gangguan fisiologis, misalnya : syok, ketakutan
5. Trauma fisik
6. Penyebab yang bersifat lokal : fibroid, inkompetensia serviks. Radang pelvis kronis, endometritis. Hubungan seksual yang berlebihan sewaktu hamil sehingga menyebabkan hiperemia dan abortus
7. Kelainan alat kandungan
8. Gangguan kelenjar gondok
9. Penyebab dari segi janin/plasenta
10. Kematian janin akibat kelainan bawaan
11. Kelainan kromosom
12. Lingkungan yang kurang sempurna

#### **2.1.4. Patofisiologi**

Pada awal abortus, terjadi pendarahan dalam desidua basalis, kemudian diikuti oleh nekrosis jaringan sekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu, hasil konsepsi itu biasanya dikeluarkan seluruhnya karena vili korialis belum menembus desidua secara mendalam.

Pada kehamilan antara 8 dan 14 minggu, vilikorinalis menembus desidua lebih dalam dan umumnya plasenta tidak dilepaskan dengan sempurna sehingga dapat menyebabkan banyak pendarahan. Pada kehamilan 14 minggu ke atas, umumnya yang dikeluarkan setelah ketuban pecah adalah janin, disusul setelah beberapa waktu kemudian adalah plasenta. Pendarahan tidak banyak jika plasenta segera terlepas dengan lengkap.

#### **2.1.5. Manifestasi Klinis Abortus**

Menurut Heide,dkk (2006) tanda dan gejala abortus antara lain :

1. Pendarahan disertai kejang atau nyeri di pusat perut bagian bawah atau pinggang akibat dari kontraksi uterus.
2. Kadang-kadang terdapat nyeri menetap yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan tidak disertai pendarahan.
3. Pendarahan yang banyak (seperti menstruasi yang banyak) tanpa nyeri.
4. Sedikit noda darah yang menetap (yang berlangsung selama 3 hari atau lebih), bisa keluar gumpalan atau materi berwarna keabuan ketika keguguran yang sesungguhnya dimulai.
5. Pemeriksaan fisik : keadaan umum tampak lemah, kesadaran menurun, tekanan darah normal atau menurun, denyut nadi normal atau cepat dan kecil, suhu badan normal atau meningkat.

#### **2.1.6. Pencegahan**

Menurut Heide,dkk (2006) sebagian besar keguguran atau abortus adalah akibat cacat atau kelainan pada embrio atau janin dan tidak bisa di cegah. Tetapi ada langkah-langkah yang bisa di lakukan untuk mengurangi resiko keguguran :

1. Memeriksa kadar hormon tiroid sebelum hamil atau di awal kehamilan dan menggunakan garam beriodium pada makanan dan mengendalikan kondisi menahun sebelum kehamilan.
2. Menghindari stres fisik yang berlebihan (misalnya olahraga atau pengangkatan yang berlebihan).
3. Menghindari gaya hidup yang meningkatkan resiko keguguran, seperti mengkonsumsi alkohol dan merokok, dan menjalani gaya hidup yang baik, seperti :
  - a. Mengatur pola makan dengan gizi yang baik dan seimbang
  - b. Tambahan gizi yang cocok untuk ibu hamil yang mengandung asam folat dan vitamin B lain
  - c. Pengendalian berat badan
  - d. Mengambil langkah-langkah pencegahan infeksi, misalnya penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual atau infeksi gusi

#### **2.1.7. Faktor Psikologis Abortus**

Menurut Reeder,dkk (2014) faktor psikologis atau alasan melakukan abortus, yaitu :

1. Status pernikahan
2. Kualitas hubungan pria-wanita
3. Kesadaran bahwa motivasi untuk mendapatkan kehamilan tidak tepat
4. Kesehatan fisik buruk (membahayakan kehidupan)
5. Kesehatan mental buruk (tidak memiliki energi, tidak mampu melaksanakan coping)
6. Tujuan profesional atau edukasi/pendidikan

7. Konsepsi terjadi terlalu dini dalam perkawinan
8. Konsepsi dengan jarak yang terlalu dekat dengan kelahiran anak sebelumnya
9. Ketidakmampuan emosional untuk menghadapi masa menjadi orang tua
10. Ketidakmampuan keuangan untuk menghadapi masa menjadi orang tua
11. Perkosaan atau inses yang menghasilkan kehamilan
12. Defek genetika hereditas
13. Kemungkinan terdapat anomali pada janin
14. Kemungkinan reaksi dari teman sebaya, keluarga, dan masyarakat

#### ➤ **Masalah Psikososial Pada Abortus**

##### 1. Kecemasan

Kecemasan menyebabkan peningkatan emosi sehingga penderita selalu dalam keadaan tegang dan takut. Penderita selalu merasa sesuatu malapetaka akan menimpa dirinya, sehingga selalu panik, tonus otot meningkat, tremor jari tangan, muka selalu tegang, dan dahi yang berkerut. Secara subjektif, penderita selalu mengeluh adanya rasa gelisah, tangan selalu di kepala atau digosokkan, jalan mondar-mandir, dan pada muka timbul kejutann (*tics*) atau senyum kerut. Selain itu kecemasan dapat menyebabkan fungsi tidur penderita selalu terganggu, sukar konsentrasi, hilangnya daya ingat, tiadanya minat terhadap lingkungan, tiada kegembiraan mudah marah dan tidak sabar.

##### 2. Depresi

Depresi merupakan gangguan afektif, somatik dan psikis. Depresi dapat menyebabkan beberapa gangguan pada penderita seperti : gangguan daya ingat, gangguan konsentrasi, lesu badan dan jiwa, perasaan kosong, hambatan dalam berpikir dan pencernaan, berdebar-debar, sesak nafas dan tremor.

##### 3. Gangguan psikotik

Gangguan psikotik tidak banyak tetapi sudah sering terjadi. Gangguan psikotik lebih mudah di kenal dan dideteksi berupa : gangguan persepsi

(halusinasi), gangguan dalam hubungan sosial, kerusakan fungsi psikososial, dan persepsi diri jelek.

Sedangkan bunuh diri pasca abortus berkaitan erat dengan perilaku merusak diri bahkan merupakan salah bentuk perilaku merusak diri. Menurut Soewadi (2005), bunuh diri pasca abortus enam kali lebih besar di banding wanita yang melahirkan.

#### **2.1.8. Komplikasi Abortus**

Menurut Nugroho Taufan (2011) komplikasi dari abortus yang terjadi meliputi :

##### **1. Perdarahan**

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

##### **2. Perforasi**

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini penderita perlu diamati dengan teliti jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparotomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau perlu histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh seorang awan menimbulkan persoalan gawat karena karena perlukaan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi pada kandung kemih atau usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya.

##### **3. Infeksi**

Infeksi dalam uterus dan adneksa dapat terjadi dalam setiap abortus tetapi biasanya didapatkan pada abortus inkomplet yang berkaitan erat dengan sesuatu abortus yang tidak aman (*Unsafe abortion*).

#### 4. Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik). Pengobatannya ialah dengan pemberian antibiotika, cairan, corticosteroid dan heparin.

### 2.1.9. Pemeriksaan

#### ➤ Pemeriksaan Ginekologi

1. Inspeksi vulva : perdarahan per vaginam, ada atau tidak jaringan hasil konsepsi, tercium atau tidak bau busuk dari vulva
2. Inspekulo : pendarahan dari kavum uteri, ostium uteri terbuka atau sudah tertutup
3. Vagina toucher : porsio masih terbuka atau sudah tertutup, teraba atau tidak jaringan dalam kavum uteri, besar uterus sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan, tidak nyeri saat porsio di goyang, tidak nyeri pada perabaan adneksa, kavum douglasi tidak menonjol dan tidak nyeri

#### ➤ Pemeriksaan Penunjang

1. Tes kehamilan : pemeriksaan HCG, positif bila janin masih hidup, bahkan 2-3 minggu setelah abortus
2. Pemeriksaan Dopler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup
3. BMR dan kadar ureum darah diukur untuk mengetahui apakah ada atau tidak gangguan glandula thyroidea
4. Pemeriksaan kadar fibrinogen darah pada missed abortion
5. Pemeriksaan kadar hemoglobin cenderung menurun akibat perdarahan

### 2.1.10. Tata Laksana Umum Abortus

Klasifikasi Abortus dan Penanganannya menurut WHO (2013) :

Sebelum penanganan sesuai klasifikasinya, abortus memiliki penanganan secara umum antara lain:

1. Lakukan penilaian secara cepat mengenai keadaan umum ibu termasuk tanda-tanda vital (nadi, tekanan darah, pernapasan, suhu).



2. Pemeriksaan tanda-tanda syok (akral dingin, pucat, takikardi, tekanan Sistolik < 90 mmHg). Jika terdapat syok, lakukan tatalaksana awal syok. Jika tidak terlihat tanda-tanda syok, tetap pikirkan kemungkinan tersebut saat penolong melakukan evaluasi mengenai kondisi ibu karena kondisinya dapat memburuk dengan cepat.
3. Bila terdapat tanda-tanda sepsis atau dugaan abortus dengan komplikasi, berikut kombinasi antibiotika sampai ibu bebas demam untuk 48 jam:
  - a. Ampisilin 2 g IV/IM kemudian 1 g diberikan setiap 6 jam
  - b. Gentamicin 5 mg/kgBB IV setiap 24 jam
  - c. Metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam
4. Segera rujuk ibu ke rumah sakit.
5. Semua ibu yang mengalami abortus perlu mendapat dukungan emosional dan konseling kontrasepsi pasca keguguran.
6. Lakukan tatalaksana selanjutnya sesuai jenis abortus.
  - a. Abortus imminens:
    1. Pertahankan kehamilan
    2. Tidak perlu pengobatan khusus
    3. Jangan melakukan aktivitas-aktivitas fisik yang berlebihan atau hubungan seksual.
    4. Jika perdarahan berhenti, pantau kondisi ibu selanjutnya pada pemeriksaan antenatal termasuk pemantauan kadar Hb dan USG panggul serial setiap 4 minggu. Lakukan penilaian ulang bila perdarahan terjadi lagi.
    5. Jika perdarahan tidak berhenti, nilai kondisi janin dengan USG. Nilai kemungkinan adanya penyebab lain.
  - b. Abortus Inspiens
    1. Lakukan konseling untuk menjelaskan kemungkinan risiko dan rasa tidak nyaman selama tindakan evakuasi, serta memberikan informasi mengenai kontrasepsi pasca keguguran.

2. Jika usia kehamilan kurang dari 16 minggu: lakukan evakuasi isi uterus, jika evakuasi tidak dapat dilakukan segera:
    - Berikan ergometrin 0,2 mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu)
    - Rencanakan evakuasi segera
  3. Jika usia kehamilan lebih dari 16 minggu:
    - Tunggu pengeluaran hasil konsepsi secara sponta dan evakuasi sisa hasil konsepsi dari dalam uterus
    - Bila perlu, berikan infus 40 IU oksitosin dalam 1 liter NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes per menit untuk membantu pengeluaran hasil konsepsi
  4. Lakukan pemantauan pascatindakan setiap 30 menit selama 2 jam. Bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat.
  5. Lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium.
  6. Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam. Bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb > 8 g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang.
- c. Abortus inkomplit
1. Lakukan konseling.
  2. Jika perdarahan ringan atau sedang dan kehamilan usia kehamilan kurang dari 16 minggu, gunakan jari atau forsep cincin untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang mencuat dari serviks.
  3. Jika perdarahan berat dan usia kehamilan kurang dari 16 minggu, lakukan evaluasi isi uterus. Aspirasi vakum manual (AVM) adalah metode yang dianjurkan. Kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan bila AVM tidak tersedia. Jika

evakuasi tidak dapat segera dilakukan, berikan ergometrin 0,2 mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu).

4. Jika usia kehamilan lebih dari 16 minggu, berikan infus 40IU oksitosin dalam 1 liter NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes per menit untuk membantu pengeluaran hasil konsepsi.
  5. Lakukan evaluasi tanda vital pascatindakan setiap 30 menit selama 2 jam. Bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat. Lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium.
  6. Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam. Bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb > 8g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang.
- d. Abortus komplis
1. Tidak diperlukan evakuasi lagi.
  2. Lakukan konseling untuk memberikan dukungan emosional dan menawarkan kontrasepsi pasca keguguran.
  3. Observasi keadaan ibu.
  4. Apabila terdapat anemia sedang, berikan tablet sulfas ferosus 600 mg/ hari selama 2 minggu, jika anemia berat berikan transfusi darah.
  5. Evaluasi keadaan ibu setelah 2 minggu.
- e. *Missed abortion*
1. Lakukan konseling
  2. Jika usia kehamilan < 12 minggu : evakuasi dengan AVM atau sendok kuret.
  3. Jika usia kehamilan > 12 minggu namun < 16 minggu: pastikan serviks terbuka, bila perlu lakukan pematangan serviks sebelum dilakukan dilatasi dan kuretase. Lakukan evakuasi dengan tang abortus dan sendok kuret.

4. Jika usia kehamilan 16-22 minggu : lakukan pematangan serviks. Lakukan evakuasi dengan infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml NaCl 0,9% Ringerlaktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga terjadi ekspulsi hasil konsepsi. Bila dalam 24 jam evakuasi tidak terjadi, evaluasi kembali sebelum merencanakan evakuasi lebih lanjut.
5. Lakukan evaluasi tanda vital pasca tindakan setiap 30 menit selama 2 jam. Bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat.
6. Lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium.
7. Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam. Bila hasil Pemantauan baik dan kadar Hb > 8 g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang.

## **2.2. ASUHAN KEPERAWATAN ABORTUS**

### **2.2.1. Pengkajian**

#### **1. Data dasar**

Pengumpulan data pada pasien dan keluarga dilakukan dengan cara anamnese, pemeriksaan fisik dan melalui pemeriksaan penunjang.

#### **2. Data pasien**

Identitas pasien, usia, status perkawinan, pekerjaan, jumlah anak, agama, alamat, jenis kelamin, dan pendidikan terakhir.

#### **3. Keluhan utama**

Kaji adanya riwayat menstruasi tidak lancar dan adanya perdarahan pervaginam berulang-ulang.

#### **4. Riwayat kesehatan :**

a. Riwayat kesehatan sekarang yaitu keluhan sampai saat klien pergi ke rumah sakit atau pada saat pengkajian seperti perdarahan pervaginam di luar siklus haid, pembesaran uterus lebih besar dari usia kehamilan

b. Riwayat kesehatan masa lalu

#### **5. Riwayat pembedahan:**

Kaji adanya pembedahan yang pernah dialami oleh klien, jenis pembedahan, kapan, oleh siapa dan di mana tindakan tersebut berlangsung.

#### **6. Riwayat penyakit yang pernah dialami:**

Kaji adanya penyakit yang pernah dialami oleh klien misalnya DM, jantung, hipertensi, masalah ginekologi/urinary, penyakit endokrin, dan penyakit-penyakit lainnya.

#### **7. Riwayat kesehatan keluarga:**

Yang dapat dikaji melalui genogram dan dari genogram tersebut dapat diidentifikasi mengenai penyakit turunan dan penyakit menular yang terdapat dalam keluarga.

#### **8. Riwayat kesehatan reproduksi: kaji tentang menorhoe, siklus menstruasi, lamanya, banyaknya, sifat darah, bau, warna dan adanya dismenorhoe serta kaji kapan menopause terjadi.**

9. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas: kaji bagaimana keadaan anak klien mulai dari dalam kandungan hingga saat ini, bagaimana keadaan kesehatan anaknya.
10. Riwayat seksual :

Kaji mengenai aktivitas seksual klien, jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang menyertainya.
11. Riwayat pemakaian obat :

Kaji riwayat pemakaian obat-obatan kontrasepsi oral, obat digitalis dan jenis obat lainnya.
12. Pola aktivitas sehari-hari :

Kaji mengenai nutrisi, cairan dan elektrolit, eliminasi (BAB dan BAK), istirahat tidur, hygiene, ketergantungan, baik sebelum dan saat sakit.
13. Pemeriksaan fisik meliputi :
  - a. Inspeksi

Mengobservasi kulit terhadap warna, perubahan warna, laserasi, lesi terhadap drainase, pola pernafasan terhadap kedalaman dan kesimetrisan, bahasa tubuh, pergerakan dan postur, penggunaan ekstremitas, adanya keterbatasan fisik, dan seterusnya.
  - b. Palpasi :
    - 1) Sentuhan : merasakan suatu pembengkakan, mencatat suhu, derajat kelembaban dan tekstur kulit atau menentukan kekuatan kontraksi uterus.
    - 2) Tekanan : menentukan karakter nadi, mengevaluasi edema, memperhatikan posisi janin atau mencubit kulit untuk mengamati turgor.
    - 3) Pemeriksaan dalam : menentukan tegangan/tonus otot atau respon nyeri yang abnormal.
  - c. Perkusi :
    - 1) Menggunakan jari : perkusi dada dan dengarkan bunyi yang menunjukkan ada tidaknya cairan, massa atau konsolidasi.

- 2) Menggunakan palu perkusi : ketuk lutut dan amati ada tidaknya refleks/gerakan pada kaki bawah, memeriksa refleks kulit perut apakah ada kontraksi dinding perut atau tidak.

d. Auskultasi :

Mendengarkan bunyi jantung/paru abdomen untuk bising usus atau denyut jantung janin(Johnson & Taylor, 2005).

14. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Darah dan urine serta pemeriksaan penunjang : rontgen, USG, biopsi, pap smear.
- 2) Keluarga berencana : kaji mengenai pengetahuan klien tentang KB, apakah klien setuju, apakah klien menggunakan kontrasepsi, dan menggunakan KB jenis apa.

### **2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan perdarahan per vagina
2. Gangguan rasa nyaman : nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus
3. Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan
4. Berduka berhubungan dengan kehilangan
5. Resiko tinggi syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan per vagina

### **2.2.3. Intervensi Keperawatan**

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mempertahankan volume cairan selama dalam perawatan

Kriteria hasil :

- a. Turgor kulit baik (elastis)
- b. Intake dan output dalam rentang normal
- c. TTV dalam rentang normal

Intervensi :

- a. Awasi masukan dan haluaran, ukur volume darah yang keluar melalui perdarahan  
R/untuk membantu perkiraan keseimbangan cairan pasien
- b. Hindari trauma dan pemberian tekanan berlebihan pada daerah yang mengalami perdarahan  
R / untuk menghindari perdarahan yang berlebihan
- c. Pantau TTV  
R / agar dapat mengindikasikan defisit volume cairan
- d. Evaluasi nadi perifer, dan pengisian kapiler, kaji turgor kulit dan kelembaban membran mukosa  
R / untuk mengetahui tanda dehidrasi
- e. Perhatikan keluhan haus pada pasien  
R / untuk mengetahui perubahan status cairan atau elektrolit
- f. Kolaborasi berikan transfusi darah (Hb, Hct) dan trombosit sesuai indikasi  
R / untuk mengembalikan kehilangan darah

2. Gangguan rasa nyaman : nyeri berhubungan dengan kerusakan intrauteri

Tujuan :

Dalam perawatan 1 x 24 jam, nyeri klien dapat berkurang atau hilang

Kriteria hasil :

- a. Klien tidak meringis kesakitan
- b. Klien menyatakan nyerinya berkurang
- c. Ekspresi muka dan tubuh rileks

Intervensi :

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri  
R / untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri
- b. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan  
R / untuk mengetahui reaksi non verbal pasien



- c. Ajarkan teknik non farmakologi : napas dalam, distraksi dan kompres hangat  
R / untuk mengurangi nyeri
  - d. Kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi  
R / untuk mengurangi nyeri
  - e. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik  
R/ untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik
3. Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan
- Tujuan :
- Setelah diberikan tindakan selama 1 x 24 jam klien tidak terjadi kecemasan
- Kriteria hasil :
- a. Kecemasan berkurang
  - b. Klien mengutarakan cara mengantisipasi ansietas
  - c. Klien tidak gelisah
- Intervensi :
- a. Kaji tingkat pengetahuan/persepsi klien dan keluarga terhadap penyakit  
R / ketidaktahuan dapat menjadi dasar peningkatan rasa cemas
  - b. Kaji derajat kecemasan yang di alami klien  
R / kecemasan yang tinggi dapat menyebabkan penurunan penilaian objektif klien tentang penyakit
  - c. Bantu klien mengidentifikasi penyebab kecemasan  
R / melibatkan klien secara aktif dalam tindakan keperawatan merupakan support yang mungkin berguna bagi klien dan meningkatkan kesadaran diri klien
  - d. Dorong diskusi terbuka tentang abortus, pengalaman orang lain, serta tata cara mengontrol dirinya  
R / untuk mengetahui pengalaman dan cara untuk mengontrol rasa ansietas

- e. Terangkan hal-hal seputar abortus yang perlu diketahui oleh klien dan keluarga

R / konseling bagi klien sangat diperlukan bagi klien untuk meningkatkan pengetahuan dan membangun support system keluarga, untuk mengurangi kecemasan klien dan keluarga.

4. Berduka berhubungan dengan kehilangan

Tujuan :

Dalam perawatan 1 x 24 jam, klien dapat mengatasi rasa berdukanya

Kriteria hasil :

- a. Klien tidak marah
- b. Tidak menangis
- c. Dan menyesali rasa berduka terlalu larut

Intervensi :

- a. Kembangkan hubungan saling percaya dengan pasien, perlihatkan empati dan perhatian, jujur dan tepati semua janji

R / rasa percaya merupakan dasar untuk suatu kebutuhan yang terapeutik

- b. Perlihatkan sikap menerima dan membolehkan pasien untuk mengekspresikan persaannya secara terbuka

R / sikap menerima menunjukkan kepada pasien bahwa anda yakin bahwa ia merupakan seseorang pribadi yang bermakna.

- c. Bantu pasien untuk mengerti bahwa perasaan seperti rasa bersalah dan marah terhadap konsep kehilangan adalah perasaan yang wajar dan dapat diterima selama proses berduka

R / pengetahuan tentang perasaan-perasaan yang wajar yang berhubungan dengan berduka yang normal dapat menolong mengurangi beberapa persaan bersalah menyebabkan timbulnya respon-respon ini.

- d. Bantu pasien menentukan metoda-metoda coping yang lebih adaptif terhadap pengalaman kehilangan. Berikan umpan balik positif untuk identifikasi strategi dan membuat keputusan

R / umpan balik positif meningkatkan harga diri dan mendorong pengulangan perilaku yang diharapkan.

- e. Dorong pasien untuk menjangkau dukungan spiritual selama waktu ini dalam bentuk apapun yang diinginkan untuknya

R / menguatkan keimanan dan mohon kekuatan kepada sang Pencipta agar diberi kekuatan menghadapi masalahnya

5. Resiko tinggi syok hipovolemik b.d perdarahan pervagina

Tujuan: Dalam 1x24 jam perawatan, tidak terjadi syok hipovolemik

Kriteria hasil :

Tanda vital (nadi, suhu, tensi, RR) dalam rentang normal.

Intervensi :

- a. Monitor keadaan umum pasien

R / untuk memonitor kondisi pasien selama perawatan terutama saat terjadi perdarahan. Perawat segera mengetahui tanda-tanda presyok/syok

- b. Observasi vital sign setiap 3 jam atau lebih

R / Perawat perlu terus mengobaservasi vital sign untuk memastikan tidak terjadi presyok / syok.

- c. Jelaskan pada pasien dan keluarga tanda perdarahan, dan segera laporkan jika terjadi perdarahan

R / Dengan melibatkan pasien dan keluarga maka tanda-tanda perdarahan dapat segera diketahui dan tindakan yang cepat dan tepat

#### **2.2.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah kategori dan perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang di perkiran dari asuhan keperawatan dilakukan dan disesuaikan (Potter & Perry,2005). Langkah-langkah yang diperlukan dalam pelaksanaan adalah sebagai berikut:

a. Mengkaji ulang pasien

Fase pengkajian ulang terhadap komponen implementasi memberikan mekanisme bagi perawat untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang diusulkan masih sesuai.

b. Menelaah dan memodifikasi rencana asuhan keperawatan yang ada sebelum memulai keperawatan, perawat menelaah rencana asuhan dan membandingkannya dengan data pengkajian untuk memvalidasi diagnosa keperawatan yang dinyatakan dan menentukan apakah intervensi keperawatan yang paling sesuai untuk situasi klinis saat itu. Jika status pasien telah berubah dan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan harus dimodifikasi.

#### **2.2.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi menurut Potter Perry (2005) yaitu membandingkan data subyek dan obyek yang dikumpulkan dari pasien, perawat lain, dan keluarga untuk meningkatkan tingkat keberhasilan dalam memenuhi hasil yang diharapkan ditetapkan selama perencanaan.

Langkah-langkah evaluasi dari proses perawatan mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah tujuan. Tujuan asuhan keperawatan untuk membantu pasien menyelesaikan masalah kesehatan aktual, mencegah kekambuhan dari masalah potensial dan pertahankan status sehat. Evaluasi terhadap asuhan menentukan apakah tujuan ini telah dilaksanakan. Aspek dalam dari evaluasi mencakup pencukuran kualitas asuhan keperawatan yang diberikan dalam lingkungan perawatan kesehatan (Potter & Perry, 2005).

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1. HASIL STUDI KASUS**

##### **3.1.1. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada pasien Ny. A.T tanggal 27 Mei 2019 jam 07:20 WITA di ruangan Flamboyan bed 03 di RSUD Prof. Dr W Z Yohanes Kupang, diperoleh data sebagai berikut Ny. A.T umur 19 tahun asal Niki-niki, agama kristen protestan, pekerjaan pelajar, status perkawinan belum kawin, tinggal di Niki-niki. Diagnosa medik Post partum gameli IUFD + perdarahan post partum + anemia. Nama penanggung jawab Tn. L.T umur 49 tahun, suku Timor, agama kristen protestan, pendidikan terakhir SD, pekerjaan petani, hubungan dengan klien adalah Ayah.

Ny. A.T mengatakan masuk RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang pada tanggal 24 Mei 2019 jam 16:00 WITA dengan keluhan utama yaitu mengalami perdarahan yang menggumpal dari jalan lahir. Keluhan yang dirasakan Ny. A.T saat ini yaitu keluar darah dari jalan lahir sejak tiga hari yang lalu yakni dari tanggal 24 Mei 2019, badan terasa lemas, tidak bertenaga dan pusing. Pasien juga mengatakan merasa nyeri pada payudara kanan dan kiri, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan hilang muncul, skala nyeri 6 (nyeri sedang). Ny. A.T juga mengatakan sangat merasa cemas dan stress dengan kondisinya saat ini, belum bisa menerima dan terus memikirkan bayinya dan juga status perkawinannya yang belum sah, Ny. A.T. merasa sedih dan menyesal karena kehilangan bayinya yang secara mendadak.

Riwayat kesehatan, Ny. A.T. melakukan pemeriksaan kehamilan di posyandu sebanyak 2 kali dan mendapatkan imunisasi TT 1 kali, keluhan selama kehamilan yaitu mual, badan lemas, kurang bertenaga dan bengkak pada kaki.

Riwayat persalinan, Ny.A.T mengalami abortus bayi kembar dalam kondisi meninggal di rumah dan ditolong oleh dukun.

Kebutuhan dasar, pola nutrisi Ny.A.T. baik, frekuensi makan 2x/hari dan tidak ada makanan pantangan, Ny.A.T mengatakan kurang minum air, 1 hari hanya menghabiskan 600 ml air saja.

Eliminasi, Ny.A.T mengatakan sejak masuk rumah sakit belum BAB, ada rasa ingin BAB tapi keras dan tidak keluar. BAK normal, 3-4x/hari dan tidak ada nyeri saat BAK. Aktivitas Ny.A.T belum mulai ambulasi dan belum mengikuti senam nifas. Personal hygiene Ny.A.T kurang, semenjak masuk rumah sakit belum mandi, belum menggosok gigi, ganti pakaian 1 kali/hari. Istirahat dan tidur Ny.A.T baik, tidak ada gangguan. Kenyamanan, Ny.A.T mengeluh nyeri pada payudara kanan dan kiri, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan hilang muncul, skala nyeri 6 (nyeri sedang). Respon psikososial, Ny.A.T mengatakan sangat merasa cemas dan stress dengan kondisinya saat ini, belum bisa menerima dan terus memikirkan bayinya dan juga status pernikahannya yang belum sah. Ny. A.T. merasa sedih, selalu menyalahkan dirinya sendiri dan menyesal karena kehilangan bayinya yang secara mendadak. Komplikasi post partum, Ny.A.T. mengalami pendarahan pervagina.

Pengetahuan kesehatan, Ny.A.T mengatakan tidak tahu cara merawat payudara dan daerah genitalia.

Hasil pemeriksaan fisik ibu didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien tampak lemah, pusing dan cemas. Hasil TTV : TD: 110/60 mmHg, Nadi : 80x/m, suhu : 37,6°C, RR : 18x/m. Bentuk kepala bulat, warna rambut hitam, kulit kepala kotor dan berketombe, pertumbuhan rambut merata, rambut tidak rontok, palpasi tidak ada benjolan, tidak ada lesi. Wajah pucat gerakan mata baik, konjungtiva anemis, sklera putih, pupil isokor. Mukosa mulut kering, gigi kotor, tidak ada karies. Keadaan payudara kotor, bentuk dada simetris, bentuk payudara simetris, terdapat pembengkakan pada payudara kanan dan kiri, areola berwarna hitam, puting susu masuk kedalam (*inverted*), saat dipalpasi tidak ada benjolan, teraba panas, ada pengeluaran kolostrum

dan ada nyeri saat di tekan. Suara napas vesikuler, kecepatan denyut nadi apical 80x/m. Abdomen membuncit, saat dipalpasi terasa nyeri pada kuadran kiri bawah, bising usus (+). Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, keadaan vulva kotor, jenis lochea rubra berwarna merah kehitaman, bau khas. Ada ruptur perineum, jenis episiotomi medio lateral, tidak ada hemoroid dan terdapat oedema pada ekstremitas tangan dan kaki. Pasien terpasang infus RL 500 cc 20 tpm, terpasang kateter, terlihat darah pada pembalut sekitar 40 cc, ada riwayat perdarahan sebanyak 500 cc, turgor kulit jelek (tidak elastis), seluruh aktivitas dibantu oleh keluarga.

Terapi : Kalnex injeksi 3x500 mg/IV, cefotaxime injeksi 3x1 gr/IV, paracetamol 500 mg/PO, Vitamin K 3x1 tablet.

Pemeriksaan penunjang : Hemoglobin 9,5 g/dL, jumlah eritrosit  $2,89 \times 10^6/\text{ul}$ , hematokrit 24.0 %, jumlah leukosit  $1,87 \times 10^6/\text{ul}$ , monosit 11,3 %, jumlah neutrofil  $9,23 \times 10^6/\text{ul}$ , jumlah trombosit  $121 \times 10^6/\text{ul}$ .

### **3.1.2. Diagnosa Keperawatan**

Setelah mendapatkan data-data dukung, maka dirumuskan diagnosa keperawatan yang didahului dengan analisa data:

1. Diagnosa keperawatan pertama, data subjektif; Ny. A.T mengatakan bahwa saat ini masih keluar darah pada jalan lahir, Ny.A.T juga mengatakan kurang minum air, 1 hari hanya menghabiskan 600 ml saja. Data objektif; Ny. A.T tampak lemah, mukosa mulut kering, turgor kulit jelek (tidak elastis), ada riwayat melahirkan di rumah dan mengalami perdarahan sebanyak 500 cc, terlihat darah pada pembalut sekitar 40 cc, tidak ada pemasukan cairan oral yang adekuat, Hemoglobin 9.5 g/dL, jumlah eritrosit  $2,89 \times 10^6/\text{ul}$ . Dari data-data tersebut dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan.
2. Diagnosa keperawatan kedua, data subjektif; Ny. A.T. mengatakan merasa nyeri pada payudara kanan dan kiri, nyeri terasa seperti tertusuk-

tusuk, nyeri yang dirasakan hilang muncul, skala nyeri 6 (nyeri sedang), pasien juga mengatakan mengalami abortus di rumah dan ditolong oleh dukun. data objektif; ekspresi wajah meringis kesakitan, keadaan payudara kotor, puting susu masuk kedalam (*inverted*), terdapat pembengkakan pada payudara kanan dan kiri, saat di palpasi terasa panas dan ada nyeri saat di tekan. Dari data-data tersebut dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yaitu nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara)

3. Diagnosa keperawatan ketiga, data subjektif; Ny.A.T mengatakan belum BAB sejak 3 hari yang lalu, yaitu dari tanggal 24 Mei 2019, Ny.A.T mengatakan ada perubahan sebelum masuk Rumah Sakit frekuensi BAB 1x/hari, tetapi semenjak masuk Rumah Sakit belum BAB, ingin BAB tapi tidak keluar, data objektif ; bising usus : (+). Dari data-data tersebut dapat dirumuskan diagnosa keperawatan perubahan eliminasi BAB berhubungan dengan konstipasi.
4. Diagnosa keperawatan keempat, data subjektif yaitu Ny. A.T. mengatakan merasa cemas dan stress dengan kondisinya saat ini, belum bisa menerima dan terus memikirkan bayinya, merasa sedih dan menyesal karena kehilangan bayinya yang secara mendadak, Ny.A.T juga mengatakan merasa cemas karena status perkawinannya belum sah. Data objektif Ny. A.T tampak cemas, terlihat melamun, takut dan gelisah. Dari data-data tersebut dapat dirumuskan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
5. Diagnosa keperawatan kelima, data subjektif yaitu Ny.A.T mengalami abortus bayi kembar dalam kondisi meninggal di rumah dan ditolong oleh dukun. Data objektif yaitu ada ruptur perineum, jenis episiotomi medio lateral, ada riwayat perdarahan sebanyak 500 cc, instruksi cefotaxime injeksi 3x1 gr/IV, jumlah leukosit  $1,87 \times 10^6/\text{ul}$ . Dari data-data tersebut dapat dirumuskan diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina



### **3.1.3. Rencana Keperawatan**

Dalam perencanaan keperawatan terdiri dari goal, objektif, rencana keperawatan dan rasional :

1. Diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan dipilih menjadi prioritas pertama karena dapat mengancam nyawa, goal; setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mempertahankan volume cairan selama dalam perawatan dan objektif; dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien menunjukkan kriteria hasil :TTV pasien dalam batas normal meliputi : nadi normal (60 - 100 x/menit),pernapasan normal (16 - 24 x / menit), tekanan darah normal (100 - 140 mmHg / 60 – 90). Membran mukosa lembab, turgor kulit baik (elastis). Intervensi keperawatan; awasi masukan dan haluaran, ukur volume darah yang keluarmelalui perdarahan R/ untuk membantu perkiraan keseimbangan cairan pasien,hindari trauma dan pemberian tekanan berlebihan pada daerah yang mengalami pendarahan R/ untuk menghindari perdarahan yang berlebihan, pantau TTV R/ agar dapat mengindikasikan devisit volume cairan, evaluasi nadi perifer, dan pengisian kapiler, kaji turgor kulit dan kelembaban membran mukosa R/ untuk mengetahui tanda dehidrasi, dan perhatikan keluhan haus pada pasien R/ untuk mengetahui perubahan status cairan atau elektrolit, kolaborasi pemberian transfusi darah (Hb, Hct) dan trombosit sesuai indikasi R/ untuk mengembalikan kehilangan darah
2. Diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), goal; setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mengurangi nyeri selama dalam masa perawatan dan objektif; dalam jangka waktu 15 menit pasien menunjukkan kriteria hasil pasien menunjukkan kadar dan karakteristik nyeri, pasien menilai nyeri dengan skala 1 – 10, pasien mencoba metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri, pasien menjelaskan intervensi yang tepat untuk mengurangi nyeri. Intervensi keperawatan; lakukan pengkajian nyeri

secara komprehensif : termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri R/untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamananR/untuk mengetahui reaksi non verbal pasien, ajarkan teknik non farmakologi : napas dalam, distraksi dan kompres hangat R/untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasiR/untuk membantu mengurangi nyeri, monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetikR/ untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik.

3. Diagnosa keperawatan gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi, goal; setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien tidak mengalami konstipasi dan objektif; dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien menunjukkan kriteria hasil pola eliminasi normal, kemudahan BAB, pengeluaran feses tanpa bantuan, bunyi bising usus normal (5-35x/m). Intervensi keperawatan; identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasiR/ untuk mengetahui penyebab terjadinya konstipasi, tentukan pola defekasi bagi klien dan latih klien menjalankannya R/ untuk mengembalikan keteraturan pola defekasi, berikan cakupan nutrisi berserat sesuai indikasi R/ nutrisi serat tinggi melancarkan eliminasi fekal, berikan cairan jika tidak kontraindikasi 2-3 liter/hari R/ untuk melunakkan eliminasi fekal, kolaborasi pemberian laksatif sesuai indikasi R/ untuk melunakkan feses.
4. Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, goal; setelah dilakukan tindakan keperawatan, klien mampu mengurangi ansietas dan objektif; dalam jangka waktu 1 x 24 jam, klien mampu menunjukkan pasien mengatakan perasaan cemasnya hilang atau berkurang, terciptanya lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien, dan pasien tampak rileks. Intervensi keperawatan; kaji derajat kecemasan yang di alami klien R/kecemasan yang tinggi dapat menyebabkan penurunan penilaian objektif klien tentang penyakit, bantu klien mengidentifikasi penyebab kecemasan R/perlibatan klien secara

aktif dalam tindakan keperawatan merupakan support yang mungkin berguna bagi klien dan meningkatkan kesadaran diri klien. Dorong diskusi terbuka tentang abortus, pengalaman orang lain, serta tata cara mengontrol dirinya R/untuk mengetahui pengalaman dan cara untuk mengontrol rasa ansietas, terangkan hal-hal seputar abortus yang perlu diketahui oleh klien dan keluarga R/konseling bagi klien sangat diperlukan bagi klien untuk meningkatkan pengetahuan dan membangun support sistem keluarga, untuk mengurangi kecemasan klien dan keluarga.

5. Diagnosa keperawatanresiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina, goal; setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi infeksi dan objektif; dalam jangka waktu 2 x 24 jam pasien menunjukkan kriteria hasil suhu tubuh dalam rentang normal (36,5°C - 37,5°C), tidak ada tanda-tanda infeksi, keadaan luka bersih dan kering. Intervensi keperawatan; kaji kondisi keluaran/*dishart* yang keluar; jumlah, warna dan bau R/ untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada *dishart* misalnya adanya warna yang lebih gelap disertai bau tidak enak mungkin merupakan tanda infeksi, lakukan perawatan vulva R/ inkubasi kuman pada area genital yang relatif cepat dapat menyebabkan infeksi, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi TKTP R/ nutrisi TKTP membantu proses penyembuhan luka, kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi R/ untuk mencegah terjadi infeksi.

#### **3.1.4. Implementasi Keperawatan**

1. Tanggal 27 Mei 2019 dilakukan implementasi :
  - a. Diagnosa keperawatan kekurangan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan yaitu pada jam08.00 WITA mengobservasi volume darah yang ada pada pembalut;sekitar 40 cc;jam 09:15 WITA melayani injeksi kalnex 1 ampul/IV; mengkaji turgor kulit dan membrane mukosa; mengukur TTV :TD:110/60 mmHg, N;80x/m, S:37,6°C,

RR;18x/m; Jam 13:00 memberikan transfusi darah ketiga ;1 bag darah; Jam 14.00 WITA melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.

- b. Diagnosa keperawatannyeri berhubungan agen cedera biologis (infeksi pada payudara) yaitu pada jam 08.00 WITA mengkaji jenis dan tingkat nyeri pasien; meminta pasien untuk menggunakan sebuah skala 1 – 10 untuk menjelaskan tingkat nyerinya; membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman : posisi miring ke kiri; jam 09:00 mengajarkan pasien teknik relaksasi : napas dalam; melakukan perawatan payudara; melakukan kompres hangat pada payudara kanan dan kiri; jam 12:30 melakukan bebat pada payudara; Jam 13.45 WITA melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.
- c. Diagnosa keperawatan gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi yaitu pada jam 11.00 WITA menganjurkan keluarga pasien untuk membawa makanan yang berserat : buah pepaya dan pisang; memberi pasien minum 450 ml air; mengauskultasi bunyi bising usus; Jam 13.50 WITA melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.
- d. Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Pada jam 11:00 WITA mengkaji tingkat kecemasan; mengajak pasien bercerita atau berdiskusi tentang masalah abortus yang dia alami; memberikan konseling tentang bahaya dari abortus dan motivasi berupa semangat menjalani kehidupannya kembali; Jam 13.30 WITA melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.
- e. Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan perdarahan pervagina dengan yaitu pada jam 9:15 WITA melayani injeksi cefotaxime injeksi 3x1 gr/IV; Jam 11:30 mengobservasi tanda-tanda infeksi; mengukur suhu tubuh : 36,8°C; Jam 12.00 WITA melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.

## **2. Tanggal 28 Mei 2019 dilakukan implementasi :**

- a. Diagnosa keperawatan kekurangan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan yaitu jam 07:30 WITA mengobservasi volume darah yang ada di pembalut sekitar 30 cc; jam 09:15 melayani injeksi kalnex 1 ampul/IV; mengkaji turgor kulit dan membrane mukosa; mengukur TTV:TD;110/70 mmHg, N;78x/m, S:37°C, RR;18x/m; jam 10:00 WITA melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.
- b. Diagnosa keperawatannyeri berhubungan agen cedera biologis (infeksi pada payudara) yaitu pada jam 07.40 WITA mengkaji jenis dan tingkat nyeri pasien; meminta pasien untuk menggunakan sebuah skala 1 – 10 untuk menjelaskan tingkat nyerinya; jam 09:00 menganjurkan pasien teknik relaksasi : napas dalam; melakukan perawatan payudara; jam 10:07 WITA melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.
- c. Diagnosa keperawatan gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi yaitu pada jam 08.30 WITA memberi pasien minum 500 ml air; mengauskultasi bunyi bising usus; jam 10:10 WITA melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.
- d. Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Pada jam 08:00 WITA mengkaji tingkat kecemasan; memberikan motivasi berupa semangat menjalani kehidupannya kembali; jam 10:05 WITA melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.
- e. Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina yaitu pada jam 07:45 melakukan perawatan vulva; mengukur suhu tubuh : 37,1°C; jam 08:30 WITA melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.

### 3.1.5 Evaluasi Keperawatan

#### 1. Tanggal 27 Mei 2019

- a. Diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan jam 14:00 yaitu, S: Ny. A.T mengatakan masih keluar darah dari jalan lahir. O: TTV; TD : 110/60 mmHg, N : 82x/menit, S : 37,2<sup>0</sup>C, RR : 18/menit, jumlah darah yang ada pada pembalut sekitar 30 cc, turgor kulit tidak elastis, mukosa mulut kering, klien tampak lemah. A : masalah belum teratasi. P: lanjutkan intervensi 1-5.
- b. Diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), jam 13:45 yaitu :S: pasien mengatakan merasa nyeri pada payudara kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan), dan nyeri hilang muncul. O: saat di palpasi ada nyeri tekan dan wajah pucat. A: masalah teratasi sebagian. P : Intervensi no 1 - 5 dilanjutkan.
- c. Diagnosa keperawatan gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi, jam 13:50 yaitu :S: pasien mengatakan belum bisa BAB. O: bising usus: (+). A : masalah belum teratasi. P: lanjutkan intervensi.
- d. Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan jam 13:30 yaitu:S: Ny.A.T mengatakan sedikit lega karena sudah berbagi cerita dengan perawat tentang masalah abortus yang dia alami tetapi masih merasa sedih kehilangan bayinya.O: pasien tampak tenang, tidak merasa gelisah dan tidak melamun.A : masalah teratasi sebagian. P: lanjutkan intervensi 2,4,5.
- e. Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina jam 12:00 yaitu S: -. O : tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka episiotomy, Suhu tubuh 36,8<sup>0</sup>C. A: masalah teratasi, P: pertahankan intervensi 1-4.

## **2. Evaluasi pada tanggal 28 Mei 2019**

- a. Diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan jam 10:00 yaitu; S: Ny.A.T mengatakan masih keluar darah dari jalan lahir. O: TTV : TD: 110/70 mmHg, N : 78x/menit, S: 37<sup>0</sup>C, RR: 18/menit, jumlah darah yang ada pada pembalut sekitar 30 cc, turgor kulit baik, mukosa mulut kering. A: masalah teratasi sebagian. P: intervensi dihentikan karena pasien pulang.
- b. Diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara) jam 10:07 yaitu; S: pasien mengatakan nyeri pada payudara sudah berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan). O: saat di palpasi ada nyeri tekan ringan dan pembengkakan pada payudara sudah berkurang. A: masalah teratasi sebagian. P: intervensi dihentikan karena pasien pulang.
- c. Diagnosa keperawatan gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi jam 10:10 yaitu, S: pasien mengatakan belum bisa BAB. O: bising usus : (+). A: masalah belum teratasi. P: intervensi dihentikan karena pasien pulang.
- d. Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan jam 10:05 yaitu, S: Ny.A.T rasa cemasnya sudah berkurang. O: pasien tampak tenang, tidak merasa gelisah dan tidak melamun. A: masalah teratasi. P: intervensi dihentikan karena pasien pulang.
- e. Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina jam 10:12 yaitu S: pasien mengatakan merasa nyaman setelah perawatan area genitalia . O: area genitalia tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka episiotomy, suhu tubuh 37,1<sup>0</sup>C. A: masalah teratasi. P : pertahankan intervensi 1-4.

## **3.2 PEMBAHASAN**

### **3.2.1 Pengkajian**

Menurut Johnson & Taylor(2005) keluhan utama pada pasien abortus yaitu adanya riwayat menstruasi tidak lancar dan adanya perdarahan pervaginam berulang-ulang. Hasil pengkajian keluhan utama pasien yaitu mengalami perdarahan yang menggumpal dari jalan lahir sejak 3 hari yang lalu (perdarahan pervaginam) dan ada riwayat menstruasi tidak lancar. Berdasarkan teori diatas dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus dikarenakan pada kasus ditemukan keluhan utama yang sesuai dengan kasus yaitu adanya perdarahan pervagina berulang-ulang dan pasien juga mempunyai riwayat menstruasi tidak lancar.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan diagnosa keperawatan NANDA klarifikasi 2015-2017 ada 5 diagnosa yang bisa diangkat yaitu, defisit volume cairan berhubungan dengan perdarahan per vagina, gangguan rasa nyaman : nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus, cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, berduka berhubungan dengan kehilangan dan resiko tinggi syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan per vagina

Hasil pengumpulan yang dilakukan oleh peneliti kepada Ny. A.T pada tanggal 27Mei 2019 di ruangan Flamboyan di temukan5 diagnosa pada kasus abortus yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi, ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatandan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina.

Berdasarkan teori di atas dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus dimana hanya tiga diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan, kekurangan volume cairan



berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), Sedangkan diagnosa keperawatan berduka berhubungan dengan kehilangan dan resiko tinggi syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan pervaginatif tidak diangkat karna tidak ditemukan data-data yang sesuai dengan batas karakteristik dari diagnosa keperawatan tersebut. Namun pada diagnosa gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi, saya gunakan atau tambahkan karena data-datanya ada pada pasien dan mendukung. Data-data yang didapat pada pasien yaitu pasien mengatakan belum BAB sejak 3 hari yang lalu, yaitu dari tanggal 24 Mei 2019, pasien mengatakan ada perubahan sebelum masuk Rumah Sakit frekuensi BAB 1x/hari, tetapi semenjak masuk Rumah Sakit belum BAB, ingin BAB tapi tidak keluar, data objektif ; bising usus: (+), dari data-data tersebut dapat ditemukan masalah keperawatan gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi dan diagnosa yang terakhir resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina saya gunakan atau tambahkan karena data-datanya ada pada pasien dan mendukung, data-data yang didapat pada pasien yaitu pasien mengalami abortus bayi kembar dalam kondisi meninggal di rumah dan ditolong oleh dukun. Data objektif yaitu ada ruptur perineum, jenis episiotomi medio lateral, ada riwayat perdarahan sebanyak 500 cc, instruksi cefotaxime injeksi 3x1 gr/IV, jumlah leukosit  $1,87 \times 10^6/\text{ul}$ . Dari data-data tersebut dapat dirumuskan diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina

Jadi kesimpulannya terdapat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana hanya ada 3 diagnosa keperawatan yang sesuai yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), ansietas berhubungan perubahan status kesehatan, namun pada kasus nyata ditemukan lagi 2 diagnosa keperawatan yaitu perubahan eliminasi BAB berhubungan dengan konstipasi dan resiko

infeksi berhubungan perdarahan pervagina karena saat pengkajian ditemukan data-data yang mendukung diagnosa tersebut. jadi pada kasus abortus diagnosa keperawatan tidak selamanya sesuai dengan diagnosa keperawatan secara teori. Namun bisa ditemukan diagnosa baru yang data-datanya disesuaikan dengan kondisi dan situasi pasien saat ditemukan.

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Menurut Nanda (2015) Diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, goal; setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mempertahankan volume cairan selama dalam perawatan dan objektif; dalam jangka waktu 5 jam pasien menunjukkan kriteria hasil TTV pasien dalam batas normal meliputi : nadi normal (60 - 100 x / menit), pernapasan normal ( 16 - 24 x / menit), tekanan darah normal (100 - 140 mmHg / 60 – 90). Membran mukosa lembab, turgor kulit baik (elastis). Intervensi keperawatan (Cynthia Taylor, 2010); awasi masukan dan haluaran, ukur volume darah yang keluar melalui perdarahan R/ untuk membantu perkiraan keseimbangan cairan pasien, hindari trauma dan pemberian tekanan berlebihan pada daerah yang mengalami pendarahan R/ untuk menghindari perdarahan yang berlebihan, pantau TTV R/ agar dapat mengindikasikan devisa volume cairan, evaluasi nadi perifer, dan pengisian kapiler, kaji turgor kulit dan kelembaban membran mukosa R/ untuk mengetahui tanda dehidrasi, dan perhatikan keluhan haus pada pasien R/ untuk mengetahui perubahan status cairan atau elektrolit, kolaborasi pemberian transfusi darah (Hb, Hct) dan trombosit sesuai indikasi R/ untuk mengembalikan kehilangan darah.

Diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan agencedera biologis (infeksi pada payudara)(Nanda,2015) goal; setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mengurangi nyeri selama dalam masa perawatan dan objektif; dalam jangka waktu 15 menit pasien menunjukkan kriteria hasil pasien menunjukkan kadar dan karakteristik nyeri, pasien

menilai nyeri dengan skala 1 – 10, pasien mencoba metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri, pasien menjelaskan intervensi yang tepat untuk mengurangi nyeri. Intervensi keperawatan (Cynthia Taylor, 2010); lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri R/ untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan R/ untuk mengetahui reaksi non verbal pasien, ajarkan teknik non farmakologi : napas dalam, distraksi dan kompres hangat R/ untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi R/ untuk membantu mengurangi nyeri, monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik R/ untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik

Diagnosa keperawatan gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi, (Nanda,2015) goal; setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien tidak mengalami konstipasi dan objektif; dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien menunjukkan kriteria hasil pola eliminasi normal, kemudahan BAB, pengeluaran feses tanpa bantuan, bunyi bising usus normal (5-35x/m). Intervensi keperawatan (Cynthia Taylor, 2010); identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi R/ untuk mengetahui penyebab terjadinya konstipasi, tentukan pola defekasi bagi klien dan latih klien menjalankannya R/ untuk mengembalikan keteraturan pola defekasi, berikan cakupan nutrisi berserat sesuai indikasi R/ nutrisi serat tinggi melancarkan eliminasi fekal, berikan cairan jika tidak kontraindikasi 2-3 liter/hari R/ untuk melunakkan eliminasi fekal, kolaborasi pemberian laksatif sesuai indikasi R/ untuk melunakkan feses.

Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan maka (Nanda,2015) goal; setelah dilakukan tindakan keperawatan, klien mampu mengurangi ansietas dan objektifnya dalam jangka waktu 1 x 24 jam, klien mampu menunjukkan pasien mengatakan perasaan cemasnya hilang atau berkurang, terciptanya lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien, dan pasien tampak rileks. Intervensi

keperawatan(Cynthia Taylor, 2010); kaji derajat kecemasan yang di alami klien R/ kecemasan yang tinggi dapat menyebabkan penurunan penilaian objektif klien tentang penyakit, bantu klien mengidentifikasi penyebab kecemasan R/ perlibatan klien secara aktif dalam tindakan keperawatan merupakan support yang mungkin berguna bagi klien dan meningkatkan kesadaran diri klien, dorong diskusi terbuka tentang abortus, pengalaman orang lain, serta tata cara mengontrol dirinya R/ ntuk mengetahui pengalaman dan cara untuk mengontrol rasa ansietas, terangkan hal-hal seputar abortus yang perlu diketahui oleh klien dan keluarga R/ konseling bagi klien sangat diperlukan bagi klien untuk meningkatkan pengetahuan dan membangun support system keluarga, untuk mengurangi kecemasan klien dan keluarga.

Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina(Nanda,2015),goal; setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi infeksi dan objektif; dalam jangka waktu 2 x 24 jam pasien menunjukkan kriteria hasil suhu tubuh dalam rentang normal ( $36,5^{\circ}\text{C}$  -  $37,5^{\circ}\text{C}$ ), tidak ada tanda-tanda infeksi, keadaan luka bersih dan kering.Intervensi keperawatan(Chynthia Taylor,2010);kaji kondisi keluaran/*dishart* yang keluar ; jumlah, warna dan bau R/ untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada *dishart* misalnya adanya warna yang lebih gelap disertai bau tidak enak mungkin merupakan tanda infeksi, lakukan perawatan vulva R/ inkubasi kuman pada area genital yang relatif cepat dapat menyebabkan infeksi, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi TKTP R/ nutrisi TKTP membantu proses penyembuhan luka, kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi R/ untuk mencegah terjadi infeksi.

Jadi kesimpulannya, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena intervensi untuk 3 diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan diambil sesuai dengan

teori dari Nanda dan Chyntia Taylor. Namun saya menambah intervensi untuk diagnosa gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi dan resiko infeksi berhubungan dengan pendarahan pervagina, karena saat saya melakukan pengkajian ditemukan data-data yang mendukung diagnosis tersebut. Tetapi ada intervensi disetiap diagnosa keperawatan ada yang tidak diimplementasikan karena intervensi yang akan dilakukan disesuaikan dengan keadaan pasien dan situasi di Rumah Sakit.

### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Ny.A.T, tidak semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan dan berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan :

1. Diagnosa keperawatankekurangan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan yaitu mengukur volume darah yang keluar melalui vagina; melayani injeksi kalnex 1 ampul/IV; mengkaji turgor kulit dan membrane mukosa; mengukur TTV, memberikan transfusi darah 1 kantong. Implementasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara konsep teori yang ada dengan kenyataan di lapangan. Dimana setiap intervensi yang dibuat semua diimplementasikan di ruangan.
2. Diagnosa keperawatan nyeri berhubungan agen cedera biologis (infeksi pada payudara) yaitu mengkaji jenis dan tingkat nyeri pasien; meminta pasien untuk menggunakan sebuah skala 1 – 10 untuk menjelaskan tingkat nyerinya; membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman yaitu posisi sim kiri; mengajarkan pasien teknik relaksasi: napas dalam; melakukan perawatan payudara; melakukan kompres hangat pada payudara kanan dan kiri; melakukan bebat pada payudara. implementasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan di lapangan. Apa yang sudah di rencanakan di intervensi keperawatan semuanya diimplementasikan.

3. Diagnosa keperawatan gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi yaitu menganjurkan keluarga pasien membawa buah makanan yang berserat : buah pepaya dan pisang dari rumah; memberi pasien minum 1 gelas air; mengauskultasi bunyi bising usus.  
Berdasarkan teori di atas dan hasil implementasi pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus dimana semua implementasi dilakukan berdasarkan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan.
4. Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, mengkaji tingkat kecemasan; mengajak pasien bercerita atau berdiskusi tentang masalah abortus yang dia alami; memberikan konseling tentang bahaya dari abortus dan motivasi berupa semangat menjalani kehidupannya kembali. implementasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan di lapangan. Apa yang sudah di rencanakan di intervensi keperawatan semuanya diimplementasikan
5. Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan Pervagina yaitu; mengobservasi tanda-tanda infeksi; mengukur suhu tubuh; melakukan perawatan daerah genitalia dan melayani cefotaxime injeksi 3 x 1 gr/IV. Semua implementasi dilakukan berdasarkan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan.

Jadi kesimpulannya tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan pada kasus, karena semua implementasi yang dilakukan berdasarkan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan kemudian disesuaikan dengan kondisi pasien dan situasi yang ada di Rumah Sakit. Namun ada implementasi yang tidak dilakukan, karena tidak sesuai dengan kondisi pasien dan situasi yang ada pada pasien.

### **3.2.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi menurut Potter & Perry (2005) yaitu membandingkan data subjek dan objektif yang dikumpulkan dari pasien, perawat lain dan keluarga untuk menentukan tingkat keberhasilan dalam memenuhi hasil yang diharapkan yang ditetapkan selama perencanaan.

Dari hasil tindakan yang telah dilakukan selama 2 hari, kemudian dilakukan evaluasi pada setiap diagnosa. Evaluasi pada diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan adalah pasien mampu mempertahankan volume cairan yang adekuat dalam jangka waktu 1 x 24 jam dengan kriteria hasil TTV pasien dalam batas normal, meliputi : Nadi normal (60 - 100x/menit), Pernapasan normal (16 - 24 x/menit), Tekanan darah normal (100 - 140 mmHg /60 – 90). Membran mukosa lembab, danturgor kulit baik (elastis)(Cynthia Taylor, 2010). Dari evaluasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan di lapangan. Pada kasus Ny A.T evaluasi dilakukan setiap kali melakukan implementasi. Dan setelah dilakukan 2 hari perawatan, hasil yang ditemukan adalah masalah teratasi sebagian.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara) adalah dalam jangka waktu 15 menit dengan kriteria hasil Pasien menunjukkan kadar dan karakteristik nyeri, pasien menilai nyeri dengan skala 1 – 10, pasien mencoba metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri, pasien menjelaskan intervensi yang tepat untuk mengurangi nyeri (Chyntia Taylor, 2010). Dari evaluasi yang dilakukan ditemukan tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan di lapangan. Pada kasus Ny A.T evaluasi dilakukan setiap kali melakukan implementasi. Dan setelah dilakukan evaluasi pada hari kedua, hasil yang ditemukan adalah masalah teratasi sebagian.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatangangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi adalah dalam jangka waktu 1x24 jam dengan kriteria hasil pola eliminiasi normal, kemudahan BAB, pengeluaran feses tanpa bantuan, bunyi bising ususnormal (5-35x/m). (Chyntia Taylor, 2010). Dari evaluasi yang dilakukan tidak berkesenjangan antara teori dan kenyataan dilapangan, dimana evaluasi dilakukan setiap kali melakukan implementasi, hasil yang didapatkan adalah masalah belum teratasi.

Evaluasi diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan adalah dalam jangka waktu 1 x 24 jam, kliem mampu menunjukkan pasien mengatakan perasaan cemasnya hilang atau berkurang, terciptanya lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien, dan pasien tampak rileks (Chyntia Taylor, 2010). Dari evaluasi yang dilakukan ditemukan tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan dilapangan, dimana evaluasi dilakukan setiap kali melakukan implementasi, hasil yang didapatkan adalah masalah sudah teratasi.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatanresiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina adalah dalam jangka waktu 2x24 jam dengan kriteria hasil suhu tubuh dalam rentang normal ( $36,5^{\circ}\text{C}$  -  $37,5^{\circ}\text{C}$ ), tidak ada tanda-tanda infeksi, keadaan luka bersih dan kering(Chyntia Taylor, 2010). Dari evaluasi yang dilakukan tidak berkesenjangan antara teori dan kenyataan dilapangan, dimana evaluasi dilakukan setiap kali melakukan implementasi, hasil yang didapatkan adalah masalah tidak terjadi.

Jadi kesimpulannya hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus, dimana masalah keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara) teratasi sebagian, masalah keperawatan gangguan eliminasi



berhubungan dengan konstipasi belum teratasi, masalah keperawatan ansietas berhubungan perubahan status kesehatan sudah teratasi dan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina tidak terjadi, ini dikarenakan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan masih dalam keadaan belum optimal, sehingga pencapaian tujuan dan kriteria hasil dari kelima diagnosa keperawatan tersebut belum tercapai, tercapai sebagian dan sudah tercapai.

### **3.3. KETERBATASAN PENELITIAN**

#### **3.3.1 Persiapan**

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan laporan Karya Tulis Ilmiah membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik.

#### **3.3.2 Hasil**

Dari hasil yang diperoleh penulis menyadari bahwa proposal ini jauhlah dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang sangat singkat sehingga hasil yang diperoleh kurang begitu sempurna dan masih membutuhkan pembenahan dalam penulisan hasil.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1. Kesimpulan**

1. Pengkajian pada Ny. A.T pada tanggal 27 Mei 2019, pasien mengatakan masuk RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang pada tanggal 24 Mei 2019 jam 16:00 WITA dengan keluhan utama mengalami perdarahan yang menggumpal dari jalan lahir. Menurut Johnson & Taylor (2005) keluhan utama pada pasien abortus yaitu adanya riwayat menstruasi tidak lancar dan adanya perdarahan pervaginam berulang-ulang. Hasil pengkajian keluhan utama pasien yaitu mengalami perdarahan yang menggumpal dari jalan lahir sejak 3 hari yang lalu (perdarahan pervaginam) dan mempunyai riwayat menstruasi tidak lancar. Berdasarkan teori diatas dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus dikarenakan pada kasus ditemukan keluhan utama yang sesuai dengan kasus yaitu adanya perdarahan pervagina berulang-ulang dan pasien juga mempunyai riwayat menstruasi tidak lancar.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu:kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi, ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan dan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina. Jadi kesimpulannya terdapat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana hanya ada 3 diagnosa keperawatan yang sesuai yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), ansietas berhubungan perubahan status kesehatan, namun pada kasus nyata ditemukan lagi 2 diagnosa keperawatan yaitu perubahan eliminasi BAB berhubungan dengan konstipasi dan resiko infeksi berhubungan perdarahan pervagina karena saat pengkajian ditemukan data-data yang mendukung diagnosa tersebut. jadi pada kasus abortus

diagnosa keperawatan tidak selamanya sesuai dengan diagnosa keperawatan secara teori. Namun bisa ditemukan diagnosa baru yang datanya disesuaikan dengan kondisi dan situasi pasien saat ditemukan.

3. Intervensi keperawatan yang diambil berdasarkan NANDA dan Cynthia Taylor (2010) yaitu pada diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi, ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan sampai pada resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina.

Jadi kesimpulannya, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena intervensi untuk 3 diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan diambil sesuai dengan teori dari Nanda dan Chyntia Taylor. Namun saya menambah intervensi untuk diagnosa gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi dan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina, karena saat saya melakukan pengkajian ditemukan data-data yang mendukung diagnosa tersebut. Tetapi ada intervensi disetiap diagnosa keperawatan ada yang tidak diimplementasikan karena intervensi yang akan dilakukan disesuaikan dengan keadaan pasien dan situasi di Rumah Sakit.

4. Semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan yang disusun. Mulai dari diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara), gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi, ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, sampai pada resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina.

Jadi kesimpulannya tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan pada kasus, karena semua implementasi yang dilakukan berdasarkan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan kemudian disesuaikan dengan kondisi pasien dan situasi yang ada di Rumah Sakit. Namun ada implementasi yang tidak dilakukan, karena tidak sesuai dengan kondisi pasien dan situasi yang ada pada pasien.

5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny. A.T menunjukkan kelima masalah keperawatan yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan yaitu teratasi sebagian, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara) yaitu masalah teratasi sebagian, gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi belum teratasi, ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan masalah teratasi, sampai pada resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina yaitu masalah tidak terjadi.

Jadi kesimpulannya hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus, dimanamasalah keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara) teratasi sebagian, masalah keperawatan gangguan eliminasi berhubungan dengan konstipasi belum teratasi, masalah keperawatan ansietas berhubungan perubahan status kesehatan sudah teratasi dan resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina tidak terjadi, ini dikarenakan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan masih dalam keadaan belum optimal, sehingga pencapaian tujuan dan kriteria hasil dari kelima diagnosa keperawatan tersebut belum tercapai, tercapai sebagian dan sudah tercapai.

#### **4.2. Saran**

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat perkembangan status kesehatan pasien:

##### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dengan adanya karya tulis ilmiah ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada keperawatan maternitas terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan abortus.

##### **2. Bagi Rumah sakit**

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan penanganan asuhan keperawatan maternitas yang lebih cepat dan tepat kepada pasien-pasien yang mengalami abortus

##### **3. Bagi Perawat**

Diharapkan bagi perawat-perawat yang berada di Flamboyan yang melakukan tindakan keperawatan maternitas pada pasien dengan abortus bisa lebih memperhatikan dan menekankan perawatan secara tepat dan cepat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Estu Tiar (2012). *Manajemen Aborsi Inkompet: Modul Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Heidi M, Arlene,Sandee (2008). *Kehamilan ; Apa yang dihadapi Bulan per Bulan*. Jakarta : ARCAN
- Johnson dan Taylor (2005). *Buku Ajar Praktik Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Kemenkes RI
- Nugroho Taufan (2011). *Buku Ajar Obstetri*, Yogyakarta : Nusa Medika
- Pamilih (2005). *Manajemen Komplikasi Kehamilan & Persalinan*. Jakarta : EGC
- Potter, P.A, Perry, A.G. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4.Vol 2. Alih Bahasa : Renata Komalasari,dkk. Jakarta: EGC
- Reeder,Martin,Koniak (2014). *Keperawatan Meternitas ; Kesehatan Wanita Bayi & Keluarga*, Edisi 18. Jakarta : EGC
- Sarwono P. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT Bina Pustaka
- Taylor. Cynthia M (2010). *Diagnosis Keperawatan : Dengan Rencana Asuhan*. Jakarta : EGC
- Titik Kuntari (2010). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 4; Determinan Abortus di Indonesia*. Kesmas
- World Health Organization (2012). *Manajemen Abortus Inkomplit*. Jakarta : EGC
- World Health Organization (2013). *Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta : Unicef

## Lampiran 1 : Asuhan Keperawatan

### FORMAT PENGKAJIAN IBU POST PARTUM

Nama mahasiswa	: Elisabeth W.F. Lamury	NIM	: PO.530320116296
Tanggal masuk	: 24 Mei 2019	Jam masuk	: 16.00
Ruangan	: Flamboyan	Kamar No.	: Bed 03
Pengkajian tanggal	: 27 Mei 2019	Jam	: 07:20

#### I. IDENTITAS PASIEN

Nama pasien	: Ny. A.T	Nama suami	: Tn.M.T
Umur	: 19 tahun	Umur	: 31 tahun
Suku / Bangsa	: Timor	Suku / Bangsa	: Timor
Agama	: Kristen	Agama	: Kristen
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Pelajar	Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Niki-niki	Alamat	: Niki-niki

Riwayat Obstetri : G 1 P 1 A - AH 1 org

Post partum hari ke : 3

#### II. RIWAYAT KESEHATAN

- a. Tempat pemeriksaan kehamilan : Pustuh
- b. Frekuensi : 2 x
- c. Imunisasi : TT 1 x

- d. Keluhan selama kehamilan : mual, badan lemas, tidak bertenaga dan kaki bengkak
- e. Pendidikan kesehatan yang sudah diperoleh :  
( - ) perawatan payudara; ( - ) Nutrisi ibu menyusui ; ( - ) Nutrisi bayi

### III. RIWAYAT PERSALINAN

- a. Tempat persalinan : ( - ) RS; ( - ) Klinik bersalin; (✓) Rumah  
( - ) Lain-lain, sebutkan : tidak ada
- b. Penolong : ( - ) Dokter; ( - ) Bidan/Perawat; (✓) Dukun
- c. Jalannya persalinan :

Kala I	Kala II	Kala III	Kala IV
-	-	-	-

#### Laporan Operasi

Tidak ada operasi

### II. PEMERIKSAAN FISIK IBU

- a. TTV : TD : 110/60 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 18/menit Suhu : 37,6°C
- b. Pemeriksaan Umum :
- Keadaan umum : Lemah
  - Kesadaran : CM, GCS : E = 4, V = 5, M = 6
  - Kelainan Bentuk Badan : Tidak ada



c. Kepala / Muka

- Kepala : bentuk kepala bulat, warna rambut hitam, tidak rontok, saat di palpasi tidak ada benjolan
- Kulit kepala : kotor dan berketombe
- Mata : gerakan mata baik, sklera putih, konjungtiva pucat, pupil isokor
- Telinga : tidak ada polip
- Hidung : tidak ada pembengkakan
- Mukosa mulut / Gigi : mukosa mulut kering, gigi kotor tidak ada karies

d. Leher

- JVP : tidak kelihatan
- Kelenjar Tyroid : tidak ada pembesaran
- Kelenjar Limfe : normal

e. Dada

- Bentuk payudara : simetris, keadaan payudara kotor, terdapat pembengkakan pada payudara kanan dan kiri
- Putting susu : menonjol kedalam, aerola berwarna hitam kecoklatan, saat dipalpasi ada nyeri tekan
- Pigmentasi : warna coklat kehitaman.
- Kolostrum : ada keluar
- Kebersihan payudara : payudara terlihat kotor

f. Perut

- Tinggi fundus uteri : 2 jari dibawah pusat
- Kekeyalan : kenyal
- Diastesis Rectus Abdominalis:
  - Panjang : 5 cm
  - Lebar : 4 cm

g. Vulva

- Lochea :  
Jumlah : 40 ml  
Jenis : rubra  
Bau : bau amis, khas
- Kebersihan : kotor

h. Perineum : ada ruptur

Episiotomy, jenis : medio lateral

i. Hemoroid : tidak ada

j. Ekstremitas : tidak ada plebitis, refleks (+), terdapat  
oedema pada tangan dan kaki

### III. KEBUTUHAN DASAR

a. Nutrisi

- Pola makan : baik, normal
- Frekuensi : 3x/hari
- Jenis makanan : nasi dan sayur
- Intake cairan/ 24 jam : 2 gelas sehari – 600 cc
- Pengetahuan ibu tentang nutrisi buteki : pengetahuan ibu kurang
- Makanan pantangan : tidak ada

b. Eliminasi

➤ BAB

Frekuensi : belum BAB semenjak masuk Rumah Sakit

Konstipasi : Ya

Nyeri saat BAB : Ya, keras dan susak keluar

➤ BAK

Frekuensi : 3-4 kali/hari

Retensi : Tidak

Nyeri saat BAK : tidak

c. Aktivitas

Mulai ambulasi jam : belum ambulasi  
Senam nifas : tidak pernah ikut

d. Personal hygiene

Frekuensi mandi : belum mandi semenjak masuk rumah sakit  
Frekuensi gosok gigi : belum menggosok gigi semenjak masuk rumah sakit  
Frekuensi ganti pakaian: 1x/hari

e. Istirahat dan tidur

Tidur siang : pasien mengatakan tidurnya baik, 2-3 jam  
Tidur malam : malam pasien tidur baik, 21:00-05:00,  
pasien tidur 8 jam sehari  
Gangguan tidur : tidak ada

f. Kenyamanan

Nyeri : pasien mengatakan merasa ada rasa nyeri  
Lokasi : payudara kanan dan kiri  
Durasi : nyeri terasa hilang muncul, seperti tertusuk-tusuk  
Skala : 6 (nyeri sedang)

g. Psikososial

- Respon ibu terhadap kelahiran bayinya : mengatakan sangat merasa cemas dan stress dengan kondisinya saat ini, belum bisa menerima dan terus memikirkan bayinya, merasa sedih dan menyesal karena kehilangan bayinya yang secara mendadak.
- Respon keluarga terhadap kelahiran bayinya : keluarga juga merasa sedih
- Respo psikososial lainnya : pasien mengatakan merasa cemas karena status perkawinannya belum sah.

h. Komplikasi post partum

Infeksi : tidak ada infeksi  
Gangguan laktasi : pasien belum menyusui  
Perdarahan post partum : Ya, sebanyak 500 cc

- i. Bagaimana pengetahuan ibu tentang
  - Perawatan payudara : pasien mengatakan tidak tau
  - Cara menyusui : pasien mengatakan tidak tau
  - Perawatan tali pusat : pasien mengatakan tidak tau
  - Cara memandikan bayi : pasien mengatakan tidak tau
  - Nutrisi bayi : pasien mengatakan tidak tau
  - Nutrisi ibu menyusui : pasien mengatakan tidak tau
  - Keluarga berencana : pasien mengatakan tidak tau
  - Imunisasi : pasien mengatakan tidak tau
  - Lain-lain : pasien mengatakan tidak tau
- j. Pendidikan kesehatan yang dibutuhkan
  - Perawatan payudara (✓)
- k. Data spiritual
  - Agama : Kristen protestan
  - Kegiatan keagamaan : gereja
  - Apakah pasien yakin terhadap agama yang dianut : Ia sangat yakin
- l. Data penunjang
  - Hemoglobin 9,5 g/dL, jumlah eritrosit  $2,89 \times 10^6/\text{ul}$ , hematokrit 24.0 %, jumlah lekosit  $1,87 \times 10^6/\text{ul}$ , monosit 11,3 %, jumlah neutrofil  $9,23 \times 10^6/\text{ul}$ , jumlah trombosit  $121 \times 10^6/\text{ul}$ .
- m. Terapi
  - Kalnex injeksi 3x500 mg/IV, cefotaxime injeksi 3x1 gr/IV, paracetamol 500 mg/PO, Vitamin K 3x1 tablet.

**V. DATA TAMBAHAN**  
**A. Analisa Data**

No.	Data-data	Penyebab	Masalah
1	<p>DS :</p> <p>Ny. A.T mengatakan bahwa saat ini masih keluar darah pada jalan lahir, Ny.A.T juga mengatakan kurang minum air, 1 hari hanya menghabiskan 600 ml saja.</p> <p>DO :</p> <p>Ny. A.T tampak lemah, mukosa mulut kering, turgor kulit jelek (tidak elastis), ada riwayat melahirkan dirumah dan mengalami perdarahan sebanyak 500 cc, terlihat darah pada pembalut sekitar 40 cc, tidak ada pemasukan cairan oral yang adekuat, Hemoglobin 9.5 g/dL, jumlah eritrosit 2,89 10<sup>6</sup>/ul.</p>	<p>Kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan.</p>	<p>Kekurangan volume cairan</p>
2	<p>DS :</p> <p>Ny. A.T. mengatakan merasa nyeri pada payudara kanan dan kiri, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan hilang muncul, skala nyeri 6 (nyeri sedang), pasien juga mengatakan mengalami</p>	<p>Agan cedera biologis (infeksi pada payudara)</p>	<p>Nyeri</p>

	<p>abortus di rumah dan ditolong oleh dukun.</p> <p>DO :</p> <p>Ekspresi wajah meringis kesakitan, keadaan payudara kotor, puting susu masuk kedalam (<i>inverted</i>) terdapat pembengkakan pada payudara kanan dan kiri, saat di palpasi teraba panas dan ada nyeri saat di tekan.</p>		
3	<p>DS :</p> <p>Ny.A.T mengatakan belum BAB setelah sejak 3 hari yang lalu, yaitu dari tanggal 24 Mei 2019, Ny.A.T mengatakan ingin BAB tapi tidak keluar.</p> <p>DO :</p> <p>Bising usus : (+).</p>	Konstipasi	Perubahan eliminasi BAB
4	<p>DS :</p> <p>Ny. A.T. mengatakan merasa cemas dan stress dengan kondisinya saat ini, belum bisa menerima dan terus memikirkan bayinya, merasa sedih dan menyesal karena kehilangan bayinya yang secara mendadak, Ny.A.T juga mengatakan merasa cemas karena status perkawinannya belum sah.</p>	Perubahan status kesehatan	Ansietas

	<p>DO :</p> <p>Ny. A.T tampak cemas, terlihat melamun, takut dan gelisah.</p>		
5	<p>DS :</p> <p>Ny.A.T mengalami abortus bayi kembar dalam kondisi meninggal di rumah dan ditolong oleh dukun, komplikasi post partum yang dialami pasien adalah perdarahan pervagina.</p> <p>DO :</p> <p>Ada ruptur perineum, jenis episiotomi medio lateral, ada riwayat perdarahan sebanyak 500 cc, instruksi cefotaxime injeksi 3x1 gr/IV, jumlah leukosit <math>1,87 \cdot 10^6/\text{ul}</math></p>	Perdarahan pervagina	Resiko infeksi

## B. Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan
2. Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis
3. Perubahan eliminasi BAB berhubungan dengan konstipasi
4. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan
5. Resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina

### C. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Goal & Objektif	Intervensi
1	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan	<p>Goal : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mempertahankan volume cairan selama perawatan</p> <p>Objektif : Dalam jangka waktu 5 jam pasien menunjukkan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV pasien dalam batas normal meliputi : nadi normal ( 60 - 100 x/ menit), pernapasan normal (16 - 24 x / menit), tekanan darah normal (100 - 140 mmHg / 60 – 90).</li> <li>2. Membran mukosa lembab, turgor kulit baik (elastis), pengisian kapiler cepat ( kembali dalam 2-3 detik.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Awasi masukan dan haluaran, ukur volume darah yang keluar melalui perdarahan rasionalnya untuk membantu perkiraan keseimbangan cairan pasien</li> <li>2. Hindari trauma dan pemberian tekanan berlebihan pada daerah yang mengalami perdarahan rasionalnya untuk menghindari perdarahan yang berlebihan</li> <li>3. Pantau TTV rasionalnya agar dapat mengindikasikan devisa volume cairan, evaluasi nadi perifer, dan pengisian kapiler, kaji turgor kulit dan kelembaban membran mukosa rasionalnya untuk mengetahui tanda dehidrasi.</li> <li>4. Perhatikan keluhan</li> </ol>



			<p>haus pada pasien rasionalnya untuk mengetahui perubahan status cairan atau elektrolit</p> <p>5. Kolaborasi berikan transfusi darah (Hb, Hct) dan trombosit sesuai indikasi rasionalnya untuk mengembalikan kehilangan darah.</p>
2	<p>Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara)</p>	<p>Goal : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mengurangi nyeri selama dalam masa perawatan</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien menunjukkan kadar dan karakteristik nyeri.</li> <li>2. Pasien menilai nyeri dengan skala 1 – 10.</li> <li>3. Pasien mencoba metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri.</li> <li>4. Pasien menjelaskan intervensi yang tepat untuk mengurangi nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri rasionalnya untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri</li> <li>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan rasionalnya untuk mengetahui reaksi non verbal pasien</li> <li>3. Ajarkan teknik non farmakologi : napas dalam, distraksi dan kompres hangat rasionalnya untuk mengurangi nyeri.</li> <li>4. Kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi</li> </ol>

			<p>rasionalnya untuk membantu mengurangi nyeri</p> <p>5. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik</p> <p>rasionalnya untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik</p>
3	Perubahan eliminasi BAB berhubungan dengan konstipasi	<p>Goal : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien tidak mengalami konstipasi</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pola eliminasi normal</li> <li>2. Kemudahan BAB</li> <li>3. Pengeluaran feses tanpa bantuan</li> <li>4. Bising usus normal (5-35 /m)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi</li> <li>rasionalnya untuk mengetahui penyebab terjadinya konstipasi</li> <li>2. Tentukan pola defekasi bagi klien dan latih klien menjalankannya</li> <li>rasionalnya untuk mengembalikan keteraturan pola defekasi</li> <li>3. Berikan cakupan nutrisi berserat sesuai indikasi</li> <li>rasionalnya nutrisi</li> </ol>

			<p>serat tinggi melancarkan eliminasi fekal</p> <p>4. Berikan cairan jika tidak kontraindikasi 2-3 liter/hari rasionalnya untuk melunakkan eliminasi fekal</p> <p>5. Kolaborasi pemberian laksatif sesuai indikasi rasionalnya untuk melunakkan feses.</p>
4	Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	<p>Goal : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, klien mampu mengurangi ansietas objektif :</p> <p>1. Klien mampu menunjukkan pasien mengatakan perasaan cemasnya hilang atau berkurang</p> <p>2. Terciptanya lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien</p> <p>3. Pasien tampak rileks.</p>	<p>1. Kaji derajat kecemasan yang di alami klien rasionalnya kecemasan yang tinggi dapat menyebabkan penurunan penilaian objektif klien tentang penyakit</p> <p>2. Bantu klien mengidentifikasi penyebab kecemasan rasionalnya perlibatan klien</p>

			<p>secara aktif dalam tindakan keperawatan merupakan support yang mungkin berguna bagi klien dan meningkatkan kesadaran diri klien.</p> <p>3. Dorong diskusi terbuka tentang abortus, pengalaman orang lain, serta tata cara mengontrol dirinya rasionalnya untuk mengetahui pengalaman dan cara untuk mengontrol rasa ansietas</p> <p>4. Terangkan hal-hal seputar abortus yang perlu diketahui oleh klien dan keluarga rasionalnya konseling bagi klien sangat diperlukan bagi klien untuk meningkatkan pengetahuan dan membangun support sistem keluarga,</p>
--	--	--	--

			untuk mengurangi kecemasan klien dan keluarga.
5	Resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina	<p>Goal : setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi infeksi</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh dalam rentang normal (36,5°C - 37,5°C),</li> <li>2. Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Keadaan luka bersih dan kering</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kondisi keluaran/<i>dishart</i> yang keluar ; jumlah, warna dan bau rasionalnya untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada <i>dishart</i> misalnya adanya warna yang lebih gelap disertai bau tidak enak mungkin merupakan tanda infeksi,</li> <li>2. Lakukan perawatan vulva rasionalnya inkubasi kuman pada area genital yang relatif cepat dapat menyebabkan infeksi</li> <li>3. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi TKTP rasionalnya nutrisi TKTP membantu</li> </ol>

			proses penyembuhan luka  4. Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi rasionalnya untuk mencegah terjadi infeksi.
--	--	--	---

#### D. Implementasi Keperawatan

No	Hari/Tgl	Diagnosa Kep	Jam	Implementasi
1	Senin, 27 Mei 2019	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan	08:00	1. Mengukur volume darah yang keluar melalui vagina sebanyak 40 cc,
			09:45	2. Melayani injeksi kalnex 1 ampul/IV
				3. Mengkaji turgor kulit dan membrane mukosa
			13:00	4. Memantau TTV : TD;110/60 mmHg, N;80x/m, S:37,6°C, RR; 18x/m.
				5. Memberikan transfusi darah 1 kantong
		Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis	08:00	1. Mengkaji jenis dan tingkat nyeri pasien 2. Meminta pasien untuk menggunakan

			09:00	<p>sebuah skala 1 – 10 untuk menjelaskan tingkat nyerinya,</p> <p>3. Membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman : posisi miring ke kiri</p> <p>4. Mengajarkan pasien teknik relaksasi : napas dalam</p> <p>5. Melakukan perawatan payudara</p>
			12:30	<p>6. Melakukan kompres hangat pada payudara kanan dan kiri</p> <p>7. Melakukan bebat pada payudara.</p>
		Perubahan eliminasi berhubungan dengan konstipasi	11:00	<p>1. Menganjurkan keluarga pasien membawa makanan yang berserat: buah pepaya dan pisang dari rumah</p> <p>2. Memberi pasien minum 450 ml air</p> <p>3. Mengauskultasi bunyi bising usus.</p>
		Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	11:20	<p>1. Mengkaji tingkat kecemasan</p> <p>2. Mengajak pasien</p>

				<p>bercerita atau berdiskusi tentang masalah abortus yang dia alami</p> <p>3. Memberikan konseling tentang bahaya dari abortus dan motivasi berupa semangat menjalani kehidupannya kembali.</p>
		Resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina	<p>9:15</p> <p>11:30</p>	<p>1. Melayani injeksi cefotaxime injeksi 3x1 gr/IV.</p> <p>2. Mengobservasi tanda-tanda infeksi,</p> <p>3. Mengukur suhu tubuh : 36,8°C.</p>
2	28 Mei 2019	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan	<p>07:30</p> <p>09:15</p>	<p>1. Mengukur volume darah yang keluar melalui vagina sebanyak 30 cc, jam</p> <p>2. Melayani injeksi kalnex 1 ampul/IV</p> <p>3. Mengkaji turgor kulit dan membrane mukosa</p> <p>4. Memantau TTV:TD;110/70 mmHg, N;78x/m, S:37°C, RR;18x/m</p>





### E. Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Evaluasi
1	Senin, 27 Mei 2019	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan	14:00	<p>S : Ny. A.T mengatakan masih keluar darah dari jalan lahir.</p> <p>O: TTV; TD : 110/60 mmHg, N : 82x/menit, S : 37,2<sup>0</sup>C, RR : 18/menit, jumlah darah yang ada pada pembalut <math>\pm</math> 30 cc, turgor kulit jelek, mukosa mulut kering, klien tampak lemah.</p> <p>A : masalah belum teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1-5.</p>
		Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi pada payudara)	13:45	<p>S :pasien mengatakan merasa nyeri pada payudara kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan), dan nyeri hilang muncul.</p> <p>O: saat di palpasi ada nyeri tekan dan wajah pucat.</p> <p>A: masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi no 1 - 5 dilanjutkan.</p>
		Perubahan eliminasi BAB berhubungan dengan konstipasi	13:50	<p>S: pasien mengatakan belum bisa BAB.</p> <p>O: bising usus : 6x/m.</p> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi.</p>
		Ansietas berhubungan dengan perubahan status	13:30	<p>S: Ny.A.T mengatakan sedikit lega karena sudah berbagi cerita dengan perawat tentang masalah abortus yang dia alami tetapimasih merasa sedih</p>

		kesehatan		<p>kehilangan bayinya.</p> <p>O: pasien tampak tenang, tidak merasa gelisah dan tidak melamun.</p> <p>A : masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: lanjutkan intervensi 2,4,5.</p>
		Resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina	12:00	<p>S: -</p> <p>O :tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka episiotomy, Suhu tubuh 36,8°C.</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: pertahankan intervensi 1-4.</p>
2	Selasa, 28 Mei 2019	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan	10:00	<p>S: Ny.A.T mengatakan masih keluar darah dari jalan lahir.</p> <p>O: TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 78x/menit, S : 37°C, RR : 18/menit, jumlah darah yang ada pada pembalut sekitar 30 cc, turgor kulit baik, mukosa mulut kering.</p> <p>A: masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : intervensi dihentikan karena pasien pulang.</p>
		Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis	10:07	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada payudara sudah berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan).</p> <p>O: saat di palpasi ada nyeri tekan ringan dan pembengkakan pada payudara sudah berkurang.</p> <p>A: masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: intervensi dihentikan karena</p>

				pasien pulang.
		Perubahan eliminasi BAB berhubungan dengan konstipasi	10:10	<p>S: pasien mengatakan belum bisa BAB.</p> <p>O: bising usus : 6x/m.</p> <p>A: masalah belum teratasi.</p> <p>P: intervensi dihentikan karena pasien pulang.</p>
		Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	10:05	<p>S: Ny.A.T rasa cemasnya sudah berkurang.</p> <p>O: pasien tampak tenang, tidak merasa gelisah dan tidak melamun.</p> <p>A: masalah teratasi.</p> <p>P: intervensi dihentikan karena pasien pulang.</p>
		Resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina	10:12	<p>S: pasien mengatakan merasa nyaman setelah perawatan area genitalia .</p> <p>O: area genitalia tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu tubuh 37,1°C.</p> <p>A: masalah teratasi.</p> <p>P : pertahankan intervensi 1-4.</p>

Lampiran 2...

No	Kegiatan	Bulan																											
		Mei										Juni																	
		24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Pembekalan	✓																											
2	Lapor Diri Di Rumah Sakit		✓																										
3	Pengambilan Kasus			✓																									
4	Ujian Praktek				✓																								
5	Perawatan Kasus					✓	✓	✓	✓																				
6	Penyusunan karya Tulis Ilmia Dan Konsultasi Dengan pembimbing									✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
7	Ujian Sidang																						✓						
8	Revisi Hasil																							✓	✓	✓	✓	✓	
9	Pengumpulan Karya Tulis Ilmiah																												✓

Lampiran 3: Bukti Proses Bimbingan



KEMENKES RI

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PRODI D-III KEPERAWATAN



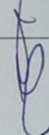
Direktorat : Jln. El Tari II Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880  
Fax (0380) 85534188; email: [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Elisabeth W.F. Lamury  
NIM : PO.530320116296  
Nama Pembimbing : Yuliana Dafroyati, S.Kep.,Ns.,MSc  
NIP : 197202181997032001  
Judul Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny.A.T Dengan Abortus di Ruangan  
Flamboyan RSUD PROF. DR. W.Z. JOHANNES KUPANG

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat, 31 Mei 2019	1. Konsultasi judul karya tulis ilmiah 2. Konsultasi tentang kasus 3. Konsultasi Bab 1 – 4	
2.	Senin, 10 Juni 2019	1. Konsultasi revisi Bab 1 – 4	
3.	Senin, 11 Juni 2019	1. Konsultasi revisi Bab 3 & 4 2. Konsultasi cover sampai dengan daftar pustaka	
4	Selasa, 12 Juni 2019	1. Konsultasi ujian sidang	
5	Rabu, 13 Juni 2019	1. ACC ujian sidang	
6.	Senin, 17 Juni 2019	1. Konsultasi revisi hasil ujian Bab 3 & 4 2. Konsultasi cara penulisan Karya	

		Tulis Ilmiah 3. Konsultasi revisi cover 4. Konsultasi abstrak	
5.	Selasa, 18 Juni 2019	1. Konsultasi revisi cover 2. Konsultasi revisi Bab 3 & 4 3. Konsultasi revisi abstrak	
6.	Rabu, 19 Juni 2019	1. Konsultasi revisi abstrak	
7.	Kamis, 20 Juni 2019	ACC Karya Tulis Ilmiah	

Mengetahui,  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Margaretha Teli ,S.Kep.Ns.,MSc-PH  
NIP. 19770727200032002